

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

**SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA
DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
(COLONES)**

**Código de producto: P16-35-A06-311
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 17-dic-15

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

I. DEFINICIONES

Accidente: Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afectan el organismo del Asegurado provocándole lesiones manifiestas por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, estados septicémicos e infecciones que sean consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo, o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso. Para los efectos de esta Póliza, no serán considerados Accidentes los sucesos imprevistos acaecidos al Asegurado durante el ejercicio de las actividades descritas en el capítulo de Exclusiones.

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

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

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

Certificado de Cobertura: Ver definición de **Solicitud-Certificado de Cobertura**.

Condición Preexistente (Preexistencia): Se define como cualquier condición o enfermedad, (incluyendo embarazo o lesión), de una persona Asegurada:

(1) La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura de dicha Persona Asegurada bajo esta Póliza y cuyos síntomas estuvieron presentes en o antes de dicha fecha, sin

tener en cuenta si la Persona Asegurada tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionadas con tal condición o enfermedad y se puede demostrar también con la evidencia científica de la evolución normal de la enfermedad o condición médica; o

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

Diagnóstico: Dictamen sobre un padecimiento o condición que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos tales como evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

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

Enfermedad: Toda alteración de la salud diagnosticada por un médico titulado y con carné profesional vigente, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico. Las recaídas, complicaciones y secuelas que desde el punto de vista médico se consideren como asociadas a una enfermedad previa, se considerarán como un solo Evento. **Para los efectos de esta Póliza, no serán consideradas como Enfermedad, los padecimientos descritos en el capítulo de Exclusiones.**

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

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

Hospital: Institución pública o privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar Accidentes y Enfermedades. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán hospitales las casas para ancianos, casas de

descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Hospitalización: Estancia continua de veinticuatro (24) horas como mínimo, en internamiento y bajo supervisión médica, a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno en un Hospital.

Límite Máximo de Aplicación de la Cobertura: Para cada Evento distinto, el límite máximo de aplicación de la cobertura inicia al ocurrir la primera Hospitalización y concluye trescientos sesenta y cinco (365) días después, siempre que no se haya alcanzado el límite en número de días específicamente señalado en el Plazo Contratado de Cobertura como el máximo de días a indemnizar, y siempre que la póliza se encuentre vigente. Una vez transcurrido el plazo de los trescientos sesenta y cinco (365) días o el límite en número de días específicamente señalado en el Plazo Contratado como el máximo de días a indemnizar, termina la obligación por parte de la Compañía para la cobertura correspondiente. En caso de ocurrir hospitalizaciones recurrentes como consecuencia de un mismo Evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar los límites aquí señalados.

Médico: Es aquella persona que posee Licencia Legal para ejercer la medicina y/o cirugía y que no sea el Asegurado, ni ningún miembro de la familia del Asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

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

Periodo de Espera: Es el periodo de tiempo que debe transcurrir desde la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza..

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

Perito Médico: Médico Especialista certificado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico de la Medicina en que se le solicite Diagnóstico.

Plazo Contratado de Cobertura: Se refiere al número máximo de días de hospitalización sobre los cuales se reconocerá la renta diaria contratada por un mismo evento, que se especifica en el Certificado de Cobertura de la Póliza.

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

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

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

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

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Unidad de cuidados de salud en una institución hospitalaria en la que de manera específica se destina personal y equipos altamente especializados, que ofrecen atención a pacientes clínicos y quirúrgicos, cuyas condiciones y riesgos para su vida requieren asistencia integral y monitoreo constante de signos vitales, por la complejidad de sus tratamientos o procedimientos y la gravedad de sus lesiones o Enfermedades.

II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

A. Cobertura Básica (Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad): De acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza, si por motivo de atención médica a consecuencia de Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de esta Póliza, **y una vez superado un Periodo de Espera de noventa (90) días naturales**, el Asegurado requiriese Hospitalización, tendrá derecho a recibir la Renta Diaria que se especifica en el Certificado de Cobertura de la Póliza, por cada día de Hospitalización, hasta agotar el Límite Máximo por Evento.

En caso de ocurrir hospitalizaciones recurrentes como consecuencia de una misma Enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el Límite Máximo de Aplicación de la Cobertura. Las hospitalizaciones recurrentes asociadas a una misma Enfermedad cuentan con un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la primera Hospitalización para agotar el número de días del Plazo Contratado.

B. Coberturas Adicionales:

1. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente: De acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza, si por motivo de atención médica a consecuencia de Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza, **y una vez superado un Periodo de Espera de un (1) día natural**, el Asegurado requiriese Hospitalización, tendrá derecho a recibir la Renta Diaria que se especifica en el Certificado de Cobertura de la Póliza, por cada día de Hospitalización donde también se indica el máximo de días de Plazo Contratado de Cobertura.

En caso de ocurrir hospitalizaciones recurrentes como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el Límite Máximo de Aplicación de la Cobertura. Las hospitalizaciones recurrentes asociadas a un mismo Accidente cuentan con un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la primera Hospitalización para agotar el número de días del Plazo Contratado de Cobertura.

2. Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Enfermedad: De acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza, si por motivo de atención médica a consecuencia de Enfermedad diagnosticada durante la vigencia de esta Póliza, **y una vez superado un Periodo de Espera de noventa (90) días**, el Asegurado requiriese Hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos, tendrá derecho a recibir la Renta Diaria que se especifica en el Certificado de Cobertura de la Póliza, por cada día de Hospitalización, hasta agotar el Plazo Contratado de Cobertura.

En caso de ocurrir hospitalizaciones recurrentes como consecuencia de un mismo Evento, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el Límite Máximo de Aplicación de la Cobertura. Las hospitalizaciones recurrentes asociadas a una misma Enfermedad cuentan con un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la primera Hospitalización para agotar el número de días del Plazo Contratado de Cobertura.

En caso de hospitalización del Asegurado en Unidad de Cuidados Intensivos, éste recibirá una suma igual al doble de la renta diaria contratada en la Cobertura Básica. Si el Asegurado se encontrara hospitalizado y requiriere de internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos, los beneficios de la Cobertura Básica se suspenderán, entrando en operación el pago de la doble indemnización correspondiente a la cobertura de Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Enfermedad.

C. Deducible en Días: Este concepto se aplica al iniciar la Hospitalización para cada Evento distinto. Para determinar el número de días de Hospitalización a indemnizar se considerará el Plazo Contratado de la Cobertura indicado en el Certificado de Cobertura, restando el número de días

que corresponda a la opción de deducible contratado que corresponde a una, y solo una, de las siguientes:

- 1. Deducible 0 Días.-** En cada Evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta Póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de Hospitalización a indemnizar, se cuentan incluyendo el primer día de Hospitalización.
- 2. Deducible 1 Día.-** En cada Evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta Póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de Hospitalización a indemnizar, se cuentan sin incluir las primeras veinticuatro (24) horas de Hospitalización (un día).
- 3. Deducible 2 Días.-** En cada Evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta Póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de Hospitalización a indemnizar se cuentan sin incluir las primeras 48 horas de Hospitalización (dos días).
- 4. Deducible 3 Días.-** En cada Evento, al determinarse que se cumple el criterio de Hospitalización que se establece en esta Póliza, el número de días que se considerarán para efecto de determinar el número de días de Hospitalización a indemnizar se cuentan sin incluir las primeras 72 horas de Hospitalización (tres días).

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

D. Vigencia: El Seguro provisto bajo esta Póliza y el Certificado de Cobertura tendrá vigencia de un año, renovable por períodos iguales, y estará vigente para el Asegurado desde la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza que se estipula en el Certificado de Cobertura, durante las veinticuatro (24) horas del día, en cualquier parte del mundo, siempre que la Póliza se mantenga al día mediante el pago de las primas.

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

E. Exclusiones: La Compañía no pagará la Renta Diaria estipulada para las Coberturas Básica y Adicionales de esta Póliza cuando las actividades que originan el Evento se encuentran entre las listadas a continuación:

- 1. Enfermedades preexistentes y sus complicaciones.**
- 2. Accidentes preexistentes y sus complicaciones.**

- 3. Complicaciones derivadas durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de accidentes, enfermedades, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato o sus endosos.**
- 4. Cuando se compruebe que el Asegurado o el Tomador omitió información o hizo declaraciones falsas, incompletas o inexactas que no permitieron la adecuada evaluación del riesgo. Esta exclusión no aplicará en caso de que el error u omisión hayan sido cometidos por la Compañía.**
- 5. Cualquier tipo de tratamiento por estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, trastornos del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesia o hiperactivismo lenguaje cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, o bien tratamientos por razones de tipo psicológico, psíquico o psiquiátrico.**
- 6. Tratamiento médico o quirúrgico de accidentes con participación activa del Asegurado o que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de éstas, una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica).**
- 7. Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades atribuibles desde el punto de vista médico a la condición de alcoholismo, o por la adicción a drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.**
- 8. Tratamiento de calvicie, acné y nevos o lunares, control de peso, obesidad, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad o cualquier otro trastorno alimenticio.**
- 9. Intervenciones quirúrgicas, tratamientos relacionados o directamente atribuibles a gestación, embarazo, inducción abortiva o terminación electiva del embarazo, impotencia, control de la natalidad, embarazo inducido por técnicas artificiales, provocación o reversión de la infertilidad y/o esterilidad, cambio de sexo, hormona del crecimiento. De todos los casos señalados, tampoco se cubrirán sus complicaciones ni efectos consecuenciales, en ninguna de sus manifestaciones y formas.**
- 10. Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, Queratotomía, Queratoplastia, Queratomeulosis, Queratocono, y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia.**
- 11. Cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión.**
- 12. Tratamiento con fines de descanso y relajamiento, tales como curas de reposo, retiros, vacaciones.**

- 13. Tratamientos bajo la utilización de herbolaria, medicina alternativa, medicina naturista, hipnotismo, tratamientos experimentales o de investigación y cualquier otro que no esté reconocido por la práctica médico científica en Costa Rica como un procedimiento médico.**
- 14. Tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH, antes de cumplir sesenta (60) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la Compañía.**
- 15. Tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular (ATM), desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura Temporomandibular (ATM), así como la cirugía maxilofacial de cualquier origen estético o congénito, incluyendo la parte odontológica.**
- 16. Cualquier intento de suicidio, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- 17. Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, estado de ebriedad, o inhalación voluntaria de gas, o consumo de cualquier sustancia calificada como droga, de cualquier clase.**
- 18. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**
- 19. Lesiones producidas en riñas provocadas por el Asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones.**
- 20. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.**
- 21. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica amateur, o no declarada en la solicitud, de deportes calificados como peligrosos o de alto riesgo, entre los que se señalan de manera enunciativa mas no limitativa: alpinismo, espeleología, rapel, aviación acrobática, planear y saltar en paracaídas o cualquier otro deporte de altura o aéreo, deportes de invierno, carreras de caballos, motonetas o motocicletas y todo tipo de competencia de velocidad en vehículos motorizados, actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar, esquí acuático.**
- 22. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines puramente estéticos o reconstructivos y las complicaciones que deriven de las mismas.**
- 23. Intervenciones quirúrgicas con motivo de cirugía nasal estética, modificación del tamaño de mamas sin justificación clínica, liposucción,**

lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra cirugía estética o cosmética.

24. Tratamientos de podiatría, juanetes, callos o uñas encarnadas, *hallux valgus*.

25. Cualquier hospitalización no realizada en una institución hospitalaria de acuerdo a lo descrito en la definición de "Hospital".

III. CLAUSULAS GENERALES

A. Del Asegurado:

1. Elegibilidad: Serán elegibles para contratación bajo ésta Póliza, las personas físicas de cualquier género, residentes legalmente en Costa Rica, que se encuentren entre los dieciocho (18) años de edad y el cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad. En todos los casos la cobertura finalizará al cumplir el Asegurado los setenta y un (71) años de edad, por lo que no será posible renovar la Póliza si el Asegurado tiene más de setenta (70) años de edad cumplidos. El Asegurado no podrá estar cubierto por más de un Certificado de Cobertura expedido por la Compañía bajo esta Póliza.

2. Derecho de retracto del Asegurado:

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

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

A partir de la fecha en que la Compañía o el Operador reciban la comunicación de la revocación unilateral del contrato de parte del Asegurado, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Compañía. Una vez superado el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes al día en que el Asegurado adquirió la Póliza sin haber notificado a la Compañía o al Operador, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidas en la cláusula **D.1. Terminación del Seguro** de este contrato.

3. Edad de Aceptación: El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en la Solicitud-Certificado de Cobertura. No obstante la Compañía, podrá exigir en cualquier momento, en caso de ser necesario, documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza,

se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha Efectiva de Vigencia de la Cobertura o de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de Vigencia de la Cobertura la edad real del Asegurado se encontrara fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía.

Si con posterioridad a la Fecha de Vigencia de la Cobertura se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se procederá de acuerdo a lo siguiente:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la obligación de la Compañía se reducirá a la proporción que exista entre la prima pagada y la prima que corresponda a la edad verdadera.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera. Las primas ulteriores corresponderán a la edad real conforme a la tarifa registrada, en la fecha de celebración del contrato o de su última renovación.

Si con posterioridad a un siniestro se confirma que la edad del Asegurado manifestada en la Solicitud-Certificado, pero se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se pagará la indemnización que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato.

6. Beneficiarios: El Asegurado podrá designar Beneficiarios para la cobertura de esta Póliza. En caso de fallecimiento del Asegurado antes del pago de la indemnización correspondiente a la reclamación efectuada, ésta será pagada a los Beneficiarios designados en el Certificado de Cobertura. El Asegurado puede cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, sin tener que notificar a dichos Beneficiarios ni obtener su consentimiento. El cambio de Beneficiarios debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea entregado a la Compañía.

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

7. Deber de notificación del Asegurado por existencia de Pluralidad de Seguros: Se entenderá como pluralidad de seguros cuando un mismo asegurado, mediante dos o más contratos de seguro, pacte con uno o más aseguradores la cobertura de un mismo riesgo, sobre un mismo interés y que coincida en un determinado período de tiempo.

Cuando la condición de pluralidad exista con la suscripción de la presente Póliza la persona que solicite el seguro deberá advertirlo al asegurador en su Solicitud, y tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores con quienes tenga los otros contratos celebrados, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la celebración de la presente Póliza, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

8. Rectificación de la póliza: Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, la persona asegurada tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza.

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

B. De la Prima:

1. Pago de la Prima: La Prima de esta Póliza deberá ser de pago fraccionado mensual a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Asegurado.

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

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

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

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

3. Renovación de la Póliza: Esta Póliza será renovable anualmente. La cobertura otorgada por esta Póliza se renueva automáticamente con el pago de la Prima convenida en su fecha de vencimiento, sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza. Salvo que existan modificaciones de cobertura o de monto de la Prima, no se emitirán documentos de renovación de ésta, ya que el pago da constancia de la renovación y la validez de la cobertura.

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

C. De la reclamación de siniestros:

1. Conocimiento del Siniestro: El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer una reclamación bajo esta Póliza, debe darse por escrito a la Compañía en sus oficinas, ubicadas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, 2do piso, o al Operador dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado conozca su ocurrencia.

Dicho aviso puede ser efectuado por el Asegurado, los Beneficiarios o el Reclamante Sustituto, según sea el caso, y en él debe proporcionarse a la Compañía suficiente información para identificar al Asegurado, incluyendo su nombre completo y su número de identificación. La falta de

aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía o el Operador, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al Asegurado, los Beneficiarios o al Reclamante Sustituto, según sea el caso, el correspondiente *Formulario de Reclamo para Indemnización*. Dicho formulario debidamente cumplimentado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

- a) *Formulario de Reclamo para Indemnización* debidamente cumplimentado por el Asegurado, los Beneficiarios o el Reclamante Sustituto;
- b) Certificación Médica debidamente emitida por el Médico tratante o el hospital correspondiente, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico, y cantidad de días de hospitalización;
- c) Fotocopias de las Cédulas de Identidad del Asegurado y de los Beneficiarios o del Reclamante Sustituto, si fueran éstos quienes gestionaran la reclamación.

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

Para consultas sobre reclamación el Asegurado, el Reclamante Sustituto y/o el Beneficiario podrán comunicarse al correo electrónico: beneficioscr@panamericanlife.com.

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

El Reclamante Sustituto deberá designarse en el formulario que para este fin le proporcionará la Compañía, teniendo el Asegurado en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar por escrito esta nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

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

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

3. Pago de Indemnizaciones: Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de esta Póliza, se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, 2do piso.

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

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

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

5. Valoración

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

D. Terminación de la Póliza:

1. Terminación del Seguro: La cobertura indicada en esta Póliza y reflejada en el Certificado de Seguro terminará cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando el Asegurado cumpla los setenta y un (71) años de edad.;
- b) Por falta de pago de la Prima por la cobertura de la Póliza al término del Período de Gracia;
- c) Fallecimiento del Asegurado;
- d) Cuando el Asegurado deja de ser residente legal de la República de Costa Rica;
- e) Cuando sea así notificado por parte del Asegurado a la Compañía o al Operador por los medios establecidos en la cláusula **E.4. Comunicaciones** de este contrato. En caso de que se aplique el derecho de retracto se devolverá al Asegurado la totalidad de la prima que éste hubiera pagado, y en caso de que sea solicitado una vez vencido el plazo del derecho de retracto la Compañía reembolsará al Asegurado la prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución.
- f) En cualquiera de los casos indicados en los apartes **III.D.2. Declaraciones Falsas e Inexactas** y **III.A.3. Edad de Aceptación**, así como en todos aquellos demás casos en que la legislación costarricense lo autorice.

2. Declaraciones Falsas e Inexactas: Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado en las solicitudes o reclamos correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Asegurado fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

E. Disposiciones Legales:

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

2. Prescripción: Cumpliéndose el plazo de cuatro (4) años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Asegurado, a menos que estuviere en trámite una reclamación o proceso judicial relacionados con la misma.

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

4. Comunicaciones: Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Asegurado, o entre el Operador y el Asegurado deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada a su domicilio en sus oficinas en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, 2do piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Asegurado serán efectuadas por los medios y en las direcciones consignadas en la Solicitud – Certificado de Cobertura. El Operador de Seguros Autoexpedibles será notificado por los medios y en las direcciones consignadas en Certificado de Cobertura.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

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

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizadas, complementadas o suprimidas, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

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



**CONDICIONES GENERALES
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE RENTA
DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
(COLONES)**

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A06-311 de fecha 23 de enero del 2012.

Número de Póliza: _____

Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza dd / mm / aa hh:mm hasta dd / mm / aa hh:mm

Nombre del Asegurado:

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ 1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ Cédula o No. De Identificación: _____

Dirección exacta: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Correo electrónico: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono celular: _____ Ocupación: _____ F Soltero
M Casado
Otro

Plazo Contratado de Cobertura en Días	Deducible en Días	Monto de Cobertura		
		Básica: Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad	Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos por Enfermedad
<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> ₡12,500.00	<input type="checkbox"/> ₡25,000.00	<input type="checkbox"/> ₡25,000.00
<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> ₡25,000.00	<input type="checkbox"/> ₡50,000.00	<input type="checkbox"/> ₡50,000.00
<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ₡37,500.00	<input type="checkbox"/> ₡75,000.00	<input type="checkbox"/> ₡75,000.00
<input type="checkbox"/> 365	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> ₡50,000.00	<input type="checkbox"/> ₡100,000.00	<input type="checkbox"/> ₡100,000.00
		<input type="checkbox"/> ₡75,000.00	<input type="checkbox"/> ₡150,000.00	<input type="checkbox"/> ₡150,000.00

Prima Mensual: _____ Impuesto: _____ Prima Mensual Total: _____

Reclamante Sustituto:

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ 1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ Cédula o No. De Identificación: _____

Beneficiario:

1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ 1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____ Parentesco _____

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La emisión de este Certificado de Cobertura conlleva de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones arriba descritas por parte de Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.

Por este medio hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza contratada.

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____ Cédula: _____

Alfredo José Ramírez
Representante Legal
Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.

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 _____.