

**MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A.**

**Seguro Autoexpedible Enfermedades Graves Dólares**

**Código de producto: P20-62-A03-363  
(Versión 2)**

**Fecha registro (V2): 26-jun-2013**

**Oficio solicitud registro (V2): MFCR-SGS-07-06-2013**

## Acuerdo de Aseguramiento

**MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A.**, entidad aseguradora registrada bajo la cédula jurídica número 3-101-560179 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, en adelante conocida como **MAPFRE | COSTA RICA**, expide esta póliza de seguro, la cual se registrará por las cláusulas que adelante se detallan, o en su defecto, por las disposiciones de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y de cualquier otra legislación comercial que resultare aplicable.

La eficacia de cada una de las coberturas descritas en esta póliza, está sujeta a que se hayan incorporado a la misma, según conste en las Condiciones Particulares del contrato.

El presente producto cumple las características definidas en el Artículo 24 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

## Condiciones Generales

### Capítulo 1. DISPOSICIONES GENERALES

#### Artículo 1. BASES DE LA COBERTURA

Esta póliza se basa en las declaraciones rendidas por el Tomador o Asegurado en la Solicitud y Condiciones Particulares de la póliza, y/o en cualquier otra declaración escrita efectuada durante el proceso de suscripción por el Tomador y/o el Asegurado.

#### Artículo 2. REVOCACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El Asegurado contará con un plazo no mayor a 5 días hábiles, contados a partir de la emisión del presente seguro, y siempre y cuando no haya sucedido un evento amparado según los términos de esta póliza, para retractarse ante **MAPFRE | COSTA RICA** sobre la adquisición de este seguro, mediante comunicación formal dirigida a **MAPFRE | COSTA RICA**, la cual entregará directamente al operador de seguros autoexpedibles correspondiente o en las oficinas de la compañía aseguradora, sita en San José, Barrio Tournón, frente al costado Este del Periódico La República, Edificio Alvasa.

La cesación del seguro empezará a regir a partir de la fecha de tal comunicación y **MAPFRE | COSTA RICA** dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido de dicho documento, para devolver al Asegurado el 100% del monto de la prima pagada al momento de que se expidiera el seguro.

En el comunicado, el Asegurado deberá indicar su número de cuenta cliente y el nombre del banco emisor, o bien su conformidad para que se le expida cheque por el monto de la prima a devolver. Una vez que el cheque esté listo para su entrega, **MAPFRE | COSTA RICA** notificará al Asegurado para que proceda con su retiro.

#### Artículo 3. DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza y sujetos a las demás condiciones de la misma, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye:

**1. Accidentes Cerebrovasculares (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.

**2. Asegurados Dependientes:** Se consideran como tales:

- El Cónyuge (o persona Conviviente, según la definición del Código de Familia Vigente) del Asegurado Titular.
- Los hijos del Asegurado Titular y su Cónyuge o Conviviente. Asimismo podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.

**3. Asegurado Titular:** Persona física que, por cuenta propia contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Está expuesto a los riesgos asegurados bajo este contrato y asume los derechos y obligaciones derivadas de éste.

**4. Asegurador:** Mapfre | Seguros Costa Rica, S.A., de aquí en adelante llamado simplemente Mapfre | Costa Rica.

**5. Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga Mapfre | Costa Rica.

**6. Cáncer:** Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer.

**7. Conviviente:** Persona del sexo opuesto del Asegurado Titular con quien éste o ésta cohabita, sin que los una relación matrimonial alguna, con una convivencia de al menos tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.

**8. Disputabilidad:** Cláusula que permite a Mapfre | Costa Rica, investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la incapacidad o muerte de un Asegurado, antes de cumplir los diferentes plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales o Particulares de las coberturas ofrecidas en la póliza.

**9. Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.

**10. Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.

**11. Enfermedad Grave:** Se entiende como tal, aquel diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el Asegurado padece una enfermedad grave. Para efectos de este contrato, enfermedades graves son:

- Cáncer
- Accidente Cerebro Vascular
- Insuficiencia Renal
- Infarto al Miocardio

**12. Condición o Padecimiento Preexistente:** Es cualquier afectación de salud, padecimiento, condición anormal, enfermedad o lesión corporal, visible o no, que sufra o haya sufrido el Asegurado, que razonablemente deba ser conocida por éste de manera indubitable conforme su nivel de conocimiento y capacidad de entendimiento, o que le hubiere sido diagnosticada por un profesional en ciencias de la salud, que se haya manifestado por primera vez o haya sido tratada médicamente con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza.

**13. Hospital o Clínica:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

**14. Infarto Agudo al Miocardio:** Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción

brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios:

- a. Cambios agudos en el electrocardiograma
- b. Elevación de las enzimas cardíacas

15. **Insuficiencia Renal:** Definida como la insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones, que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
16. **Operador de Seguro Autoexpedible:** Son Operadores de Seguro Autoexpedibles las personas jurídicas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos, que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.
17. **Periodo de Carencia:** Periodo de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las coberturas previstas.
18. **Periodo de Gracia:** Es el periodo después de la fecha estipulada de pago, durante la cual la prima puede ser pagada, sin recargo de intereses. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.
19. **Pre-existencia:** Cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico antes de la fecha de inicio del seguro.
20. **Prima:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado a Mapfre | Costa Rica, como contraprestación al amparo que ésta otorga mediante la póliza.
21. **Prima No Devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al periodo de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
22. **Tomador del Seguro:** Sinónimo de Asegurado.

#### Artículo 4. VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro autoexpedible renovable con vigencia anual y entrará en vigor en la fecha indicada en la Solicitud y Condiciones Particulares de esta póliza, siempre y cuando el Asegurado pague la prima correspondiente.

#### Artículo 5. PERÍODO DE COBERTURA

El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza; no obstante, el reclamo puede ser presentado después de que la vigencia haya llegado a su término. Lo anterior sin perjuicio de los términos de prescripción previstos en la presente póliza.

#### Artículo 6. PRIMA A PAGAR

La prima es debida por adelantado desde el perfeccionamiento del contrato y, en el caso de primas de pago fraccionado, en las fechas acordadas. Si las partes no pactan un pago fraccionado se entenderá que la prima cubre el plazo del contrato en su totalidad. Deberá ser pagada dentro de los 60 (sesenta) días naturales siguientes, salvo pacto en contrario entre el Asegurado y MAPFRE | COSTA RICA.

La prima que se detalla en la Solicitud y Condiciones Particulares de este seguro, deberá ser pagada en el domicilio de MAPFRE | COSTA RICA, en el de sus representantes o intermediarios debidamente autorizados.

La prima podrá ser honrada mediante el pago directo en caja, a través de depósito o transferencia bancaria a las cuentas de MAPFRE | COSTA RICA o mediante cargo automático a tarjeta de crédito o débito.

Si dentro de los Periodos de Gracia sobreviniere un siniestro amparable por esta póliza y la prima no se hubiere pagado, MAPFRE | COSTA RICA podrá deducir de las indemnizaciones que resultaren procedentes, el importe de prima pendiente de pago.

#### Artículo 7. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Por acuerdo de las partes, la prima podrá ser de pago fraccionado. En tal caso, cada tracto deberá ser pagado dentro de los primeros 60 (sesenta) días naturales siguientes a la fecha convenida. Las obligaciones del asegurador se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia, según consta en las Condiciones Particulares de este contrato.

Los porcentajes de recargo financiero correspondientes a cada forma de pago fraccionado constan en la solicitud de este seguro.

#### Artículo 8. DERECHO DEL ASEGURADO O SUS CAUSAHABIENTES

En caso de que se haya designado un acreedor como beneficiario en esta póliza, el Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que MAPFRE | COSTA RICA pague al mismo el importe del saldo del crédito amparado por el seguro en caso de evento amparado por el contrato.

#### Artículo 9. DEBER DE NOTIFICACIÓN AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS

MAPFRE | COSTA RICA se obliga a notificar al asegurado acreditado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar esta póliza, a fin de que estén en posibilidad de adoptar acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que MAPFRE | COSTA RICA pague al Acreedor, si existiese, el importe del saldo del crédito, en caso de siniestro amparado por la póliza.

#### Artículo 10. DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS

El asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a MAPFRE | COSTA RICA, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

#### Artículo 11. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

**Durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a MAPFRE | COSTA RICA con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, MAPFRE | COSTA RICA tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.**

**La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros**

ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

#### Artículo 12. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO

La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por MAPFRE | COSTA RICA hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta de esta póliza, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. MAPFRE | COSTA RICA podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a) MAPFRE | COSTA RICA tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al Tomador la modificación a la póliza, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, MAPFRE | COSTA RICA, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminada esta póliza conservando la prima devengada hasta el momento que se notifique la decisión.
- b) Si MAPFRE | COSTA RICA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir esta póliza en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

- c) El derecho de MAPFRE | COSTA RICA de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

#### Artículo 13. EFECTO DE LA RETICENCIA O INEXACTITUD DE DECLARACIONES SOBRE EL SINIESTRO

Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión de esta póliza por motivos de reticencia o inexactitud de declaraciones conforme se regula en el artículo anterior, MAPFRE | COSTA RICA rendirá la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al Asegurado. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Asegurado, MAPFRE | COSTA RICA brindará la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si MAPFRE | COSTA RICA demuestra que la condición real del riesgo configura una exclusión de cobertura con base en las Condiciones Generales de esta póliza, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

#### Artículo 14. SUMA ASEGURADA

El Asegurado elegirá la suma asegurada para la cobertura básica entre las opciones que para tal efecto se señalan en la Solicitud y Condiciones Particulares del presente Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de aseguramiento.

En caso de que el Asegurado adquiera más de una póliza en modalidad autoexpedible, la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado Titular o sus Dependientes, no podrá exceder los cincuenta mil dólares (US\$ 50,000.00) ó los ₡25,000,000.00 (veinticinco millones de colones costarricenses).

Para ello Mapfre | Costa Rica cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica antes definido. Si eventualmente se emitiera la póliza, Mapfre | Costa Rica tendrá la obligación de informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas por la póliza en exceso en un plazo no mayor de quince (15) días naturales y dicha póliza no surtirá efectos.

Cada uno de los Asegurados bajo esta póliza, gozarán de manera independientemente de las mismas coberturas y montos asegurados.

**Artículo 15. MONEDA**

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que de lugar esta póliza, son liquidables en dólares de los Estados Unidos de América.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes, podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

**Artículo 16. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS**

Si el Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado emitiera pólizas para personas fuera de los límites de edad establecidos o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en el artículo 17 de estas Condiciones Generales, MAPFRE | COSTA RICA estará obligado solamente a devolver las primas que por ellos hubiere recibido. Dicho reintegro se hará al Asegurado en un plazo no mayor de quince (15) días naturales y la póliza no surtirá efectos.

**Artículo 17. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado de esta póliza, deberá cumplir necesariamente los requisitos que a continuación se detallan:

1. No padecer de enfermedades, estados o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo a raíz de tales padecimientos.
2. Tener entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años de edad y trescientos sesenta y cuatro (364) días, para el Asegurado Titular y su Cónyuge o Conviviente.
3. Tener menos de veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días para los hijos dependientes.
4. Completar y firmar la Solicitud y Condiciones Particulares del presente Seguro.

**Artículo 18. BENEFICIARIOS**

El(os) beneficiario(s) designado(s) en esta póliza por el Asegurado/Tomador, son los que se señalan en las Condiciones Particulares de este contrato, los cuales deberán tener dependencia económica y/o de afinidad con el Asegurado/Tomador.

Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado/Tomador durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada ante MAPFRE | COSTA RICA, o bien a través del Intermediario de Seguros. Los nuevos beneficiarios deberán tener dependencia económica y/o de afinidad con el Asegurado/Tomador.

En caso de que algún o algunos de los beneficiarios muriese antes que el Asegurado, el monto a indemnizar se distribuirá en forma proporcional a los beneficiarios sobrevivientes, a no ser que el Asegurado haya establecido otra cosa en la Solicitud de esta póliza. En caso de que ningún beneficiario sobreviviese a la muerte del Asegurado, el total de la suma a indemnizar será girada a un albacea de la sucesión del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean los herederos legales del mismo.

Si el Beneficiario es un acreedor su modificación solo se podrá efectuar con su consentimiento y además, su derecho indemnizatorio estará circunscrito al pago de la suma correspondiente al importe del saldo pendiente del crédito al ocurrir el siniestro. Si existiese remanente se pagará a los beneficiarios distintos del Acreedor.

*“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.”*

**Capítulo 2. ÁMBITO DE COBERTURA****Artículo 19. COBERTURAS**

Mapfre | Costa Rica indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan.

Esta póliza está conformada por la Cobertura Básica y las Adicionales, por lo que las Coberturas Adicionales no se pueden contratar por separado.

**1. Cobertura Básica:****a. Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave:**

Mapfre | Costa Rica indemnizará la suma asegurada si el Asegurado es diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la póliza con alguna de las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer
- Accidente Cerebro Vascular
- Insuficiencia Renal
- Infarto al Miocardio

**2. Coberturas Adicionales:****a. Renta Diaria por Hospitalización:**

Mapfre | Costa Rica pagará la renta diaria asegurada, si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el Asegurado es internado en un centro médico autorizado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, y mientras permanezca hospitalizado, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado. Esta cobertura opera por un mínimo de un (1) día de hospitalización, máximo de cuarenta y cinco (45) días naturales por evento y un máximo general de noventa (90) días naturales por póliza.

**b. Cobertura de Muerte:**

Mapfre | Costa Rica pagará la suma asegurada de esta cobertura, si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la Cobertura Básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el Asegurado fallece dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado. Para efectos aclaratorios, se deja constancia que el diagnóstico médico de la Enfermedad Grave no debe contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del asegurado.

Estas Coberturas Adicionales operan siempre que la hospitalización o fallecimiento del Asegurado sea a causa de una enfermedad grave cubierta por esta póliza, ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del primer diagnóstico por enfermedad grave cubierta por esta póliza, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado. Para efectos aclaratorios, se deja constancia que el diagnóstico médico de la Enfermedad Grave no debe contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del asegurado.

#### Artículo 20. EXCLUSIONES

##### 1. Para todas las coberturas

Esta póliza no cubre:

- a. La enfermedad grave cubierta diagnosticada durante el período de carencia.
  - b. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
  - c. La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad grave cubierta por esta póliza.
  - d. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
- e. Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
  - f. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un médico especialista.
  - g. Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
  - h. El cáncer por expansión metastásica o recurrencia.
  - i. Se excluyen los siguientes tumores:
    - i.1. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
    - i.2. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
    - i.3. Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.
    - i.4. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
    - i.5. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNOM0 o con una clasificación menor.
    - i.6. Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.

- j. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
2. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:
- La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la hospitalización del Asegurado se debe a:
- Causa de suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.
  - El diagnóstico que no corresponda a las enfermedades graves cubiertas, según se define en esta póliza.
  - Las agravaciones de las enfermedades graves cubiertas, resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.
  - Si la hospitalización se da luego de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales desde la fecha del diagnóstico objeto de cobertura.

### 3. Para la Cobertura de Muerte:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la muerte es por:

- Causa distinta al diagnóstico de la enfermedad grave cubierta por esta póliza.
- Suicidio, en caso que ocurra dentro del plazo de dos años a partir del perfeccionamiento del presente contrato.

Asimismo, la cobertura de muerte no cubrirá en ningún supuesto a los asegurados dependientes.

#### Artículo 21. FINALIZACION DE LA POLIZA

Esta póliza finalizará automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- Finalice la vigencia de la póliza.
- Se presente un siniestro amparado por la Cobertura Básica de indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave.
- Solicitud expresa del Asegurado.
- El Asegurado alcance la edad de los sesenta y cinco (65) años y los trescientos sesenta y cuatro (364) días, de edad.
- Se haya vencido el Período de Gracia de esta póliza.
- Cuando Mapfre | Costa Rica compruebe que ha habido declaraciones falsas o inexactas de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

#### Capítulo 3. RECLAMO DE DERECHOS SOBRE LA PÓLIZA

##### Artículo 22. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, con el cual adquirió la póliza, también podrá presentarlos en las oficinas de Mapfre | Costa Rica, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por Mapfre | Costa Rica para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo.

Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo, el Asegurado deberá presentar los requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a las oficinas de Mapfre | Costa Rica, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando Mapfre | Costa Rica revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al Beneficiario según corresponda y al Operador de Seguros Autoexpedible o al Intermediario de Seguros Autorizado.

- Para el trámite de reclamos, el Asegurado o (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar, independientemente de la cobertura a afectar, los siguientes documentos:
  - Carta del Asegurado o (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
  - Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identificación o del pasaporte.

- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.

En adición a lo anterior, para las coberturas indicadas se deben presentar los siguientes documentos:

**2. Para la cobertura de Indemnización por diagnóstico de enfermedad grave:**

Para que la solicitud de indemnización sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir:

- estudios clínicos
- estudios radiológicos
- estudios histológicos, y/o de laboratorio.

**3. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:**

Presentar la constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa y días que permaneció el Asegurado hospitalizado, debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica.

**4. Para la cobertura de Muerte**

- Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.  
En caso de que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso y la fotocopia completa del expediente judicial, ambos debidamente consularizados. En caso que los documentos vengan en un idioma distinto al español, deberá además proporcionarse una traducción oficial al efecto.
- Si fallece el (la) Cónyuge, debe presentar Certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil.
- Si fallece el (la) Conviviente, se deberán presentar los documentos probatorios de la convivencia en caso de unión de hecho, según lo establecido para dicho particular en el Código de Familia.
- Si fallece alguno de los hijos asegurados como dependientes, debe aportar Certificado de Nacimiento expedido por el Registro Civil.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.

Será responsabilidad de Mapfre | Costa Rica disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado o al (los) Beneficiario (s).

En caso de indemnización por las coberturas de esta póliza, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima de esta póliza cuya vigencia es de un año. El Asegurado o Beneficiario (s) podrá (n) realizar el pago correspondiente en ese momento o en su defecto, éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

**Artículo 23. ENFERMEDADES PREEXISTENTES**

**Mapfre | Costa Rica no pagará el monto de seguro indicado en la Solicitud y Condiciones Particulares del presente Seguro, si el Asegurado titular y/o los asegurados dependientes han sido diagnosticados con enfermedad grave, según se**

**define ésta en el Artículo 3. Definiciones, con anterioridad a la emisión de este contrato.**

**Artículo 24. PERÍODO DE CARENCIA**

**Mapfre | Costa Rica no pagará el monto de seguro indicado en la Solicitud y Condiciones Particulares del presente Seguro, si el Asegurado es diagnosticado o muere por enfermedad grave durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de emisión de esta póliza.**

**Artículo 25. DISPUTABILIDAD**

**De conformidad con el artículo 91 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, después que esta póliza haya estado en vigor sin interrupción durante dos (2) años, su validez no será disputada por omisiones o inexactas declaraciones del asegurado para la correcta apreciación del riesgo, salvo que el asegurado hubiera actuado con dolo.**

**Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la emisión y la misma ocurre antes de los plazos indicados, eso permitirá liberar a Mapfre | Costa Rica de su responsabilidad de pago de conformidad con el artículo 105 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.**

**El periodo de disputabilidad inicia a partir de la fecha de formalización del contrato.**

**Artículo 26. PLAZO PARA INDEMNIZAR**

**MAPFRE | COSTA RICA** se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten, en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de que el ASEGURADO y/o el TOMADOR presenten todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en estas Condiciones Generales, de conformidad con el Artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653.

**Artículo 27. PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS**

Los derechos derivados del contrato de seguros prescriben en un plazo de 4 años contados a partir del momento en que los derechos sean exigibles por parte de quien los invoca.

**Artículo 28. DECLINACION Y REVISION DEL RECLAMO**

- Declinación:** En aquellos casos de declinación, Mapfre | Costa Rica comunicará por escrito al Asegurado o Beneficiario (s) cualquier



resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

- 2. Revisión:** El Asegurado o el (los) Beneficiario (s) puede (n) solicitar una revisión ante Mapfre | Costa Rica. Dicha revisión deberá presentarse directamente en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA**.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

#### Artículo 29. TASACIÓN DE DAÑOS

El Tomador y MAPFRE | COSTA RICA podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del 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.

### Capítulo 4. DISPOSICIONES FINALES

#### Artículo 30. COMUNICACIONES

Las comunicaciones que se dirijan a **MAPFRE | COSTA RICA**, con motivo de cualquier asunto relacionado con esta póliza, deberán realizarse por escrito y recibidas en sus oficinas principales en la ciudad de San José, ubicadas en Barrio Tournón, costado este del Periódico La República, edificio ALVASA, 2do. Piso; o a través del Intermediario de Seguros, debiendo éste entregar las comunicaciones dentro del plazo de cinco días hábiles que corren a partir del recibido por parte del Intermediario de Seguros. El Asegurado y el Tomador deberán comunicar su domicilio a **MAPFRE | COSTA RICA** y **MAPFRE | COSTA RICA** lo hará constar en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Cualquier notificación o aviso que **MAPFRE | COSTA RICA** deba hacer a el Asegurado o al Tomador, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en el expediente de la póliza.

#### Artículo 31. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado se compromete a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "**SOLICITUD Y CONDICIONES PARTICULARES**", así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando **MAPFRE | COSTA RICA** se lo solicite.

**MAPFRE | COSTA RICA** se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación y devolverá la prima no devengada en un plazo no mayor de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

#### Artículo 32. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito el Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad competente.

#### Artículo 33. JURISDICCIÓN

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, salvo que las partes acuerden que sea mediante arbitraje, según se describe en el Artículo 33 siguiente de estas Condiciones Generales.

#### Artículo 34. CLÁUSULA DE ARBITRAJE

Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que se susciten entre el Asegurado o Acreedor en su caso y **MAPFRE | COSTA RICA** en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se podrán resolver, de común acuerdo entre las partes por medio de arbitraje de conformidad con los procedimientos previstos en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio ("CICA"), a cuyas normas procesales las partes se deberán someter de forma voluntaria e incondicional.

De común acuerdo las partes podrán acordar que la controversia sea conocida y resuelto por cualquier otro Centro de Arbitraje, autorizado por el Ministerio de Justicia y Gracia, para el momento de la controversia, a cuyas normas procesales deberán someterse de forma voluntaria e incondicional.

#### Artículo 35. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Esta póliza cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo.

#### Artículo 36. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la dependencia que emita el documento o criterio que genera la disconformidad, resolver las impugnaciones que presenten ante **MAPFRE | COSTA RICA**, los ASEGURADOS o el Tomador del seguro, o sus representantes, para lo cual dispondrá de un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo del documento en que se impugna el acto comercial.

#### Artículo 37. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Código de Comercio y el Código Civil de Costa Rica.

#### Artículo 38. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL 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 registro N° **P20-62-A03-362** de fecha 19 de julio de 2012.

|  |                |             |  |
|--|----------------|-------------|--|
| <b>SOLICITUD Y CONDICIONES PARTICULARES</b><br><b>SEGURO AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES</b><br><b>DÓLARES</b> | <b>FORMATO</b> |             | <br>Compañía de Seguros |
|  | Código         | C-VT-26/125 |  |
|  | Edición        | 30.05.2012  |  |

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| <b>Fecha Emisión:</b><br>/ / | <b>Hora:</b> _____<br><b>Lugar:</b> _____ | <b>SEGURO AUTOEXPEDIBLE N°:</b><br>----- | <b>Vigencia del Seguro:</b><br><b>Desde:</b> / /<br><b>Hasta:</b> / / |
|------------------------------|---|--|---|

| DATOS DEL ASEGURADO / TOMADOR                      |                                     |                                    |  |                                    |  |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO:                                   | SEGUNDO APELLIDO:                   | NOMBRE COMPLETO:                   |  | N° IDENTIFICACION:                 |  |
| FECHA DE NACIMIENTO:<br>DÍA ____ MES ____ AÑO ____ | LUGAR DE NACIMIENTO (PAIS):         | NACIONALIDAD:                      | OCUPACION:                             | EDAD:<br>AÑOS: ____ MESES: ____    | SEXO:<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| ESTADO CIVIL:                                      | <input type="checkbox"/> Soltero(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Viudo (a) | <input type="checkbox"/> Célibe                                |
| Dirección de Domicilio para Notificaciones:        | País:                               | Provincia:                         | Cantón:                                | Distrito:                          |  |
|  | Otras señas:                        |                                    |  |                                    |  |
|  | Dirección Electrónica:              |                                    | Apartado Postal:                       |                                    | Código Apartado Postal:  |
|  | Número de teléfono:                 |                                    | Número de celular:                     |                                    | Número de fax:   |

| FORMA DE PAGO                      |                      |                                     |                        |                                  |                      |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Periodicidad                       | Recargo Financiero   | Periodicidad                        | Recargo Financiero     | Periodicidad                     | Recargo Financiero   |
| <input type="checkbox"/> Anual     | No tiene             | <input type="checkbox"/> Trimestral | 3% sobre prima anual   | <input type="checkbox"/> Mensual | 4% sobre prima anual |
| <input type="checkbox"/> Semestral | 2% sobre prima anual | <input type="checkbox"/> Bimensual  | 3.5% sobre prima anual |                                  |                      |

| MODO DE PAGO   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización) | <input type="checkbox"/> Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización) | <input type="checkbox"/> Directo en Caja y/o Cobro en línea | <input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de Mapfre |

| OPCIÓN DE SUMA ASEGURADA |   |                        |                                  |                  |                  |                      |
|--------------------------|---|------------------------|----------------------------------|------------------|------------------|----------------------|
| AMPARO:                  | Cobertura Básica  | Coberturas Adicionales |                                  | N° de Asegurados | Prima Individual | Prima Grupo Familiar |
|                          | Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave | Muerte                 | Renta Diaria por Hospitalización |                  |                  |                      |
| <input type="checkbox"/> | \$5.000,00  | \$1.750,00             | \$100,00                         |                  |                  |                      |
| <input type="checkbox"/> | \$10.000,00   | \$3.500,00             | \$100,00                         |                  |                  |                      |
| <input type="checkbox"/> | \$20.000,00   | \$7.000,00             | \$100,00                         |                  |                  |                      |

| DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES (SE EXCLUYE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE) |                             |   |                |
|--|-----------------------------|---|----------------|
| (Según Artículo 10 de la Normativa para el cumplimiento de la Ley 8204)  |                             |   |                |
| NOMBRE COMPLETO:   |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |                |
| NACIONALIDAD:  | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                |
| DIRECCIÓN EXACTA:  |                             |   |                |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:   |                             | NÚMERO DE TELÉFONO:   | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO:   |                             |   |                |
| NOMBRE COMPLETO:   |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |                |
| NACIONALIDAD:  | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                |
| DIRECCIÓN EXACTA:  |                             |   |                |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:   |                             | NÚMERO DE TELÉFONO:   | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO:   |                             |   |                |
| NOMBRE COMPLETO:   |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |                |
| NACIONALIDAD:  | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                |
| DIRECCIÓN EXACTA:  |                             |   |                |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:   |                             | NÚMERO DE TELÉFONO:   | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO:   |                             |   |                |

|                            |                             |   |  |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|
| NOMBRE COMPLETO:           |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |  |
| NACIONALIDAD:              | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |
| DIRECCIÓN EXACTA:          |                             |   |  |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:     | NÚMERO DE TELÉFONO:         | NÚMERO DE FAX:  |  |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: |                             |   |  |

**DETALLE DE BENEFICIARIOS** (Según Artículo 10 de la Normativa para el cumplimiento de la Ley 8204)

|                            |                             |   |  |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|
| NOMBRE COMPLETO:           |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |  |
| NACIONALIDAD:              | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |
| DIRECCIÓN EXACTA:          |                             |   |  |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:     | NÚMERO DE TELÉFONO:         | NÚMERO DE FAX:  |  |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: |                             | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:                        |  |

|                            |                             |   |  |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|
| NOMBRE COMPLETO:           |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |  |
| NACIONALIDAD:              | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |
| DIRECCIÓN EXACTA:          |                             |   |  |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:     | NÚMERO DE TELÉFONO:         | NÚMERO DE FAX:  |  |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: |                             | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:                        |  |

|                            |                             |   |  |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|
| NOMBRE COMPLETO:           |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |  |
| NACIONALIDAD:              | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |
| DIRECCIÓN EXACTA:          |                             |   |  |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:     | NÚMERO DE TELÉFONO:         | NÚMERO DE FAX:  |  |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: |                             | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:                        |  |

|                            |                             |   |  |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|
| NOMBRE COMPLETO:           |                             | N° DE IDENTIFICACIÓN:                                       |  |
| NACIONALIDAD:              | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |  |
| DIRECCIÓN EXACTA:          |                             |   |  |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA:     | NÚMERO DE TELÉFONO:         | NÚMERO DE FAX:  |  |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: |                             | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN:                        |  |

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| OBSERVACIONES DEL ASEGURADO: |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|

**“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 expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata, la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento, por parte de MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.**

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO ESCRITA O DICTADA POR MÍ DE ACUERDO CON MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y QUE LA MISMA ES LA BASE PARA QUE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. EMITA LA COBERTURA DE SEGURO SOLICITADA. ASIMISMO, LIBERO A MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. DE TODA RESPONSABILIDAD SOBRE LA COBERTURA OTORGADA, EN CASO DE OMISIONES O DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS SOBRE HECHOS CONOCIDOS POR MÍ, QUE DE HABER SIDO DEBIDAMENTE CONOCIDOS POR MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., HUBIERAN PODIDO INFLUIR DE MODO DETERMINANTE PARA QUE LA COBERTURA SOLICITADA NO SE SUSCRIBIERA, O SE HUBIERE SUSCRITO EN CONDICIONES DISTINTAS.

A PEDIDO DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. Y POR ESPACIO DE TRES MESES A PARTIR DE ESTA FECHA, AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAN EXAMINADO, A LOS HOSPITALES Y A CUALQUIER CENTRO DE SALUD EN COSTA RICA, QUE LE SUMINISTREN INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE LOS REGISTROS MÉDICOS RELACIONADOS CON MI PERSONA, INCLUIDA LA ENTREGA DE COPIA DE LOS MISMOS. DICHA INFORMACIÓN ÚNICAMENTE PODRÁ SER SOLICITADA Y PROPORCIONADA A FUNCIONARIOS DEBIDAMENTE ACREDITADOS POR MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. PARA DICHO PROPÓSITO.

LA AUTORIZACION A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR ES EXTENSIVA EN CASO DE RECLAMO DE DERECHOS POR CAUSA DE MUERTE DE ESTE SOLICITANTE, POR UN PLAZO ADICIONAL DE TRES MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL AVISO DE SINIESTRO, Y ÚNICAMENTE PODRÁ HACERSE EFECTIVA SI EL PERIODO DE CARENCIA DE LA PÓLIZA YA HA SIDO SUPERADO.

QUEDA DEBIDAMENTE ENTENDIDO Y ACEPTADO POR PARTE DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., QUE EL USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA CON MOTIVO DE ESTA AUTORIZACIÓN, ESTÁ CIRCUNSCRITO Estrictamente AL PROCESO DE ANÁLISIS PARA EL TRÁMITE POSTERIOR DE RECLAMACIONES DE DERECHOS. POR TANTO, ÚNICAMENTE PODRÁ SER RECOPIADA, CONSULTADA Y UTILIZADA POR SUSCRIPTORES DE RIESGOS O ANALISTAS DE RECLAMOS DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.

EN RAZÓN DE SU NATURALEZA, MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA DEBERÁ GARANTIZAR LA DEBIDA CUSTODIA, CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA Y EL BUEN USO DE ESTA INFORMACIÓN.

SI LA COBERTURA DE SEGURO NO FUERE OTORGADA, DENTRO DE LOS 10 DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA DECLARATORIA DE LA NEGATIVA, MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. SE OBLIGA A DEVOLVERME TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA. LA DEVOLUCIÓN SE REALIZARÁ MEDIANTE CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO AL DOMICILIO QUE CONSTE EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

LO DISPUESTO EN LA PRESENTE CLÁUSULA SE REGIRÁ POR LAS DISPOSICIONES APLICABLES DE LA LEY REGULADORA DEL CONTRATO DE SEGUROS, LA LEY REGULADORA DEL MERCADO DE SEGUROS Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA FRENTE AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_, IDENTIFICACIÓN N°: \_\_\_\_\_

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 29, Inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro N° **P20-62-A03-363** de fecha 19 de julio de 2012.

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles de **MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la Resolución de Autorización N° SGS-R-119-2009.

#### Autorización para pago de primas mediante cargo automático:

El Asegurado autoriza el cargo \_\_\_\_\_ en su tarjeta de crédito o cuenta de cargo el importe de la prima, a partir de la fecha de emisión de la póliza.

|   |              |                  |        |
|---|--------------|------------------|--------|
| TARJETA DE CRÉDITO O CUENTA DE CARGO<br>N°: | VENCIMIENTO: | TARJETAHABIENTE: | BANCO: |
|---|--------------|------------------|--------|

ME COMPROMETO A MANTENER MI TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUENTA DE AHORROS EN CONDICIONES PARA SOPORTAR ESTOS CARGOS CON LA PERIODICIDAD Y EN LOS MONTOS PREVIAMENTE ACORDADOS ENTRE EL ASEGURADO Y MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. ASIMISMO, RELEVO A MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. Y A LA(S) EMPRESA(S) ADMINISTRADORA(S) DE LA(S) TARJETA(S) DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD SI EN LA CUENTA NO HAY FONDOS SUFICIENTES PARA CUBRIR EL PAGO O SE HA SUPERADO EL LÍMITE DE CRÉDITO. EN CASO DE QUE EL PAGO NO SE DE POR CAUSAS NO ATRIBUIBLES AL ASEGURADO, NO HABRÁ EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y NO CESARÁ LA PROTECCIÓN DE LA PÓLIZA.

DOY FE QUE EN ESTE ACTO RECIBO Y ACEPTO LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO CONTRATADO QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA Y QUE TAMBIÉN PUEDEN SER CONSULTADAS DIRECTAMENTE EN EL DOMICILIO DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA O BIEN A TRAVÉS DEL NÚMERO DE TELÉFONO 8000 62 73 73 O BIEN SOLICITANDO LA INFORMACIÓN A [INFO@MAPFRE.CO.CR](mailto:INFO@MAPFRE.CO.CR).

NOMBRE DEL ASEGURADO

NÚMERO DE CÉDULA

CARLOS GRANGEL LOIRA  
GERENCIA GENERAL

FIRMA DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES

NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR

CÉDULA FÍSICA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR

FIRMA DEL VENDEDOR