

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

**SEGURO COLECTIVO ONCOLOGICO
(DOLARES)**

**Código de producto: P20-62-A06-616
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 17-dic-15

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO (DÓLARES)
CONDICIONES GENERALES**

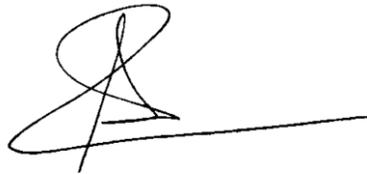
-ÍNDICE-

I. DEFINICIONES	1
II. CONTRATO PÓLIZA	
A. Conformación de la Póliza	5
B. Orden de Prelación de los Documentos	5
III. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	6
A. Cobertura Básica	6
B. Periodo de Espera	6
C. Exclusiones	6
D. Modificaciones	7
E. Servicios de Asistencia	7
1. Asistencia Médica	7
2. Asistencia Personal en el Hogar	11
3. Asistencia Culinaria	11
4. Servicios de Referencia y Coordinación	12
5. Proceso General de Solicitud del Servicio de Asistencia	14
IV. CLÁUSULAS GENERALES	15
A. De los Asegurados y el Tomador	15
1. Elegibilidad	15
2. Incorporación de Asegurados	15
3. Baja de Asegurados	16
4. Registro de Asegurados	16
5. Edad de Aceptación	16
6. Pruebas de Asegurabilidad	17
7. Obligaciones del Tomador	18
B. De la Prima	18
1. Pago de la Prima	18
2. Periodo de Gracia	18
3. Renovación de la Póliza	19
4. Modificación de la Prima	19
5. Rehabilitación	20
6. Deber de notificación del Asegurado por Pluralidad de Seguros	20
C. De la Reclamación de Siniestros	20
1. Conocimiento del Siniestro	20

2. Pago de Indemnizaciones	21
3. Finiquito	22
4. Pérdida del derecho a recibir la Indemnización	22
5. Vigencia y Renovaciones	22
D. De la Terminación de la Póliza	22
1. Terminación del Seguro	22
2. Declaraciones Falsas e Inexactas	23
E. Disposiciones Legales	24
1. Moneda	24
2. Prescripción	24
3. Indisputabilidad	24
4. Derecho de Retracto y Reembolso de Primas	24
5. Valoración	25
6. Rectificación	25
7. Confidencialidad	25
8. Reolución de Controversias	26
9. Comunicaciones	26
10. Jurisdicción y Competencia	26
11. Contrato Tipo	26

CONDICIONES GENERALES
SEGURO COLECTIVO ONCOLÓGICO (DÓLARES)

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en esta Póliza.



Alfredo J. Ramírez
Gerente General
Cédula de residencia 184001076310

I. DEFINICIONES

Asegurado: Es la persona física residente legalmente en la República de Costa Rica e inscrita en el Registro de Asegurados de la Póliza, que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas. Serán elegibles como Asegurados únicamente las personas con edad mayor a los dieciocho (18) años de edad.

Administrador del Servicio: Tercero designado por La Compañía, para administrar una red de proveedores con el fin de brindar servicios y coberturas en el territorio nacional a los asegurados y beneficiarios de los servicios de asistencia, según lo indicado en las Condiciones Particulares.

Cáncer: Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por un crecimiento descontrolado de células anormales o malignas, que pueden formar tumores, invadir tejidos adyacentes o extenderse a otras partes del cuerpo, incluyéndose en este caso Leucemia y Enfermedad de Hodgkin.

Cáncer In Situ: Forma temprana de cáncer, confinado a la capa de células que le dio origen y que no ha invadido tejidos vecinos ni se ha extendido a otras partes del cuerpo.

Certificación Médica: Documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la Reclamación de un Siniestro.

Certificado de Seguro: La Compañía le emitirá al Tomador un certificado individual para entregar a cada Asegurado y en el cual deberá hacerse constar: Razón social, domicilio, teléfono y correo electrónico de la Compañía, Nombre, identificación y datos de contacto del Asegurado, el número

del certificado y de la Póliza, la clase de seguro, el número de registro del producto ante la Superintendencia General de Seguros, el plazo de vigencia de la Póliza, el monto asegurado, el monto de la prima, la Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado y la descripción y monto de las coberturas incluidas. La entrega al Asegurado de su Certificado de Seguro se efectuará en el domicilio del Tomador o por los medios informáticos permitidos por ley en el plazo de diez días hábiles a partir de la inclusión del Asegurado en la Póliza o de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. En caso de que el Asegurado solicite copia de las condiciones generales del seguro contratado, dicha copia se le entregará en las oficinas de la Compañía el mismo día que sean solicitadas. Estas obligaciones rigen también para los sujetos que, sin ser asegurados, tengan interés en el seguro en razón de concurrir a financiar el pago de la prima o encontrarse afectados a cumplir obligaciones y cargas de la Póliza.

Condiciones Particulares: Es el documento en el cual se incluyen todas aquellas cláusulas particulares del contrato de seguro que fueron negociadas entre la Compañía y el Tomador en relación con el riesgo individualizado que se asegura. En las Condiciones Particulares se incluye la identificación de la póliza y la vigencia, información que identifica al Contratante, sus medios de contacto, características del interés asegurado, las Condiciones Generales modificadas, el monto de la prima y la forma de pago, los medios de comunicación, los riesgos cubiertos y cualquier otra información relevante.

Crecimiento Pre Maligno: Sinónimo de displasia. Ver definición.

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.

Displasia: Anormalidad en el aspecto de las células debido a los disturbios en el proceso de maduración de las mismas. Esto puede ser indicativo de que se encuentran en una fase de evolución temprana hacia la transformación de un tumor maligno, por lo que se consideran pre cancerosas.

Enfermedad Preexistente: Es aquel padecimiento y/o enfermedad:

- a. Cuya existencia se haya informado al Asegurado de previo a la Fecha de Vigencia de la Cobertura o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico comunicado al Asegurado y efectuado por un Médico mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o
- b. Para el cual el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de previo a la Fecha de Vigencia de la Cobertura.

Evento: Es el hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia del diagnóstico de la primera ocurrencia de cáncer, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones e incluso hospitalizaciones, que son derivadas del acontecimiento inicial. Esta cobertura indemnizará únicamente un Evento por Asegurado durante todo el tiempo de vigencia de la Póliza.

Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza: Es la fecha indicada en la carátula de la Póliza y se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza. Todos los vencimientos, renovaciones, rehabilitaciones o aniversarios de la Póliza se calcularán a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza. La Póliza será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza y no en la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado: Es la fecha indicada en el Certificado de Seguro del Asegurado, a partir de la cual su cobertura es efectiva para ese Asegurado en particular. La Cobertura para el Asegurado será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha de Vigencia de la Cobertura del Asegurado y no en la fecha en que la Solicitud Individual del Seguro o Tarjeta de Enrolamiento fue firmada.

Hiperqueratosis: Engrosamiento de la piel compuesto por células muertas, queratinizadas, descamadas, impactadas y distorsionadas en zonas de fuerte roce o fricción.

Metástasis: Diseminación de un cáncer o tumor maligno a órganos distantes, que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

Médico: Es aquella persona que posee Licencia Legal vigente 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.

Modalidad De Pago Contributiva: Cuando el pago de la Prima es efectuado en parte o totalmente por el Asegurado.

Modalidad De Pago No Contributiva: Cuando el pago de la Prima es efectuado totalmente por el Tomador.

Neoplasia: Alteración de la proliferación y muchas veces de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.

Plan de Seguro Colectivo ("Colectividad"): Define la cobertura de beneficios otorgada a grupos de personas afines cobijadas bajo un mismo vínculo de tipo laboral, escolar, cooperativo, entre otros. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado en el Certificado de Seguro que se otorga a los Asegurados del grupo. Se advierte que la contratación colectiva de una póliza no exime a los Agentes y Corredores de Seguros de sus obligaciones como intermediarios, respecto de los asegurados individualmente considerados en la Póliza.

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 del que se trate.

Periodo de Espera: Plazo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la Fecha de Vigencia de la Cobertura con la Compañía, a fin de que determinados padecimientos sean cubiertos.

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 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 Tomador no ha cubierto el total de la Prima o de la fracción pactada.

Póliza: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre una entidad Tomador y la Compañía. Está constituida por estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Solicitudes de Seguro, la propuesta de seguro y los formularios suscritos por los Asegurados. En la póliza se establecen los derechos y obligaciones de los Asegurados, del Tomador y de la Compañía.

Prima: Es la suma de dinero que el Tomador debe abonar a la Compañía como pago del servicio contratado para que ésta atienda la cobertura de los riesgos asegurados. En la Modalidad de Pago Contributiva, esta obligación de pago corresponde al Tomador en conjunto con los Asegurados, en las proporciones que hayan acordado.

Primera Ocurrencia: Es la primera ocasión en la que el Asegurado es diagnosticado por alguno de los padecimientos cubiertos.

Prueba de Asegurabilidad: Es el detalle de enfermedades, condiciones y tratamientos médicos realizados durante la vida del asegurado propuesto, así como los exámenes médicos y pruebas de diagnóstico requeridos para ser elegible para el seguro.

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.

Registro de Asegurados: Es la relación de nombres y datos de las personas inscritas como parte de la colectividad y a las que la Compañía les ha acreditado la protección de las coberturas contratadas e indicadas en la Póliza y/o Certificado de Seguro.

Recurrencia: Se define como tal a las manifestaciones de un mismo padecimiento que han vuelto a aparecer después del tratamiento aplicado.

Seguro: Se refiere al beneficio provisto por la Póliza, descrito en estas Condiciones Generales y reflejado en el Certificado Individual de Seguro.

SIDA: Enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunológico (defensas del organismo), y que es producida por el virus denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Solicitud Individual: Es el formulario suscrito por el Asegurado en el cual consigna sus datos personales, edad, dirección para notificaciones y otra información relevante, la cual será considerada por la Compañía para aceptarlo dentro de la Póliza Colectiva a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura.

Sustancias de Índole Nuclear o Radiactiva: Sustancias que emiten energía por la desintegración de átomos inestables y que puede ocasionar alteraciones en el organismo de los seres vivos.

Tomador: Es la persona física o jurídica que ha aceptado la propuesta de seguro de la Compañía en los términos consignados en la Póliza y con base en los datos e informes proporcionados por aquella conjuntamente con el Asegurado, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes. Asimismo, la Compañía le delega la entrega y recibo de toda clase de información y documentación relacionada con el presente contrato, sin que por ello se exima a la Compañía de su responsabilidad por incumplimiento de sus funciones.

Tumor Benigno: Tipo de neoplasia que carece de malignidad, por lo que este tipo de tumor no crece en forma desproporcionada ni agresiva, no invade tejidos adyacentes y no hace metástasis a tejidos u órganos distantes.

Vigencia: Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta póliza y continúa durante el plazo del seguro establecido, siempre que la prima bajo el plan de pago de primas sea pagada de acuerdo a lo pactado, y que el presente contrato no haya finalizado por ninguna de las causas establecidas en el mismo.

II. CONTRATO PÓLIZA

A. Conformación de la Póliza: La Póliza está constituida por este contrato de seguro y sus condiciones generales, la carátula de la Póliza, los Certificados de Seguro y sus anexos, el Registro de Asegurados, el Cuadro de Beneficios, los formularios suscritos por el Tomador y por los Asegurados, cualquier addenda y demás documentos mencionados en este contrato en donde se establezcan los derechos y obligaciones de las partes.

B. Orden de prelación de los documentos: Las addenda tienen prelación sobre las Condiciones Particulares, las cuales tienen prelación sobre las condiciones especiales; las condiciones especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales, las cuales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro y las Solicitudes Individuales y cualesquiera otros formularios o documentos suscritos por el Asegurado y/o el Tomador.

III. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

A. Cobertura Básica: La Compañía pagará en una sola ocasión y en un solo abono al Asegurado, sea directamente o por medio de su Reclamante Sustituto, la indemnización señalada en la carátula de la Póliza y/o Certificado de Seguro, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, al Asegurado se le **diagnostica la primera ocurrencia de Cáncer con Metástasis**, siempre que éste no se encuentre señalado como parte de las exclusiones de este Contrato de Seguro, y su primera manifestación haya ocurrido al menos tres (3) meses después del inicio de vigencia de esta Póliza. Esta cobertura cubre únicamente un Evento durante todo el tiempo que esté vigente la Póliza. Una vez indemnizado el Evento cubierto de la Cobertura Básica, se dará por terminada la Póliza.

No obstante lo anterior, por tratarse este de un contrato tipo, la compañía podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación del alcance de la cobertura básica de esta póliza, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

B. Periodo de Espera: Habrá un periodo de espera de tres (3) meses a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura, durante el cual un diagnóstico de Cáncer con Metástasis no podrá ser reconocido para el pago del beneficio amparado por la cobertura de esta Póliza.

C. Exclusiones: La Cobertura de esta Póliza no surtirá efecto cuando la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

- 1. Cáncer Preexistente.**
- 2. Cualquier enfermedad que no sea consignada como Cáncer.**
- 3. Recurrencias de Cáncer previamente diagnosticado.**
- 4. Cualquier tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o a la presencia del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).**
- 5. El sarcoma de Kaposi y cualquier otro tumor si el Asegurado tiene VIH positivo o se le ha diagnosticado SIDA.**
- 6. Cáncer de piel en cualquier variedad y bajo cualquier antecedente.**
- 7. Todos los hiperqueratos o carcinomas baso celulares de la piel.**
- 8. Todos los carcinomas de las células escamosas de la piel, excepto cuando haya diseminación hacia otros órganos.**
- 9. Cualquier tipo de Cáncer In situ, incluyendo la displasia cervical de la clasificación NIC, NIC1, NIC2 y NIC3 y de la clasificación PAP, de PAP1 a PAP4, o aquéllos considerados por histología como premalignos.**
- 10. Cáncer cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radiactiva.**

- 11. Cualquier tumor papilar de la tiroides con metástasis en un centímetro o menos de diámetro.**
- 12. Los cánceres de la próstata que histológicamente sean descritos como T1 (incluyendo T1(A) o T1(B) del sistema TNM, o cualquier otra clasificación equivalente o menor).**
- 13. Leucemia linfocítica crónica en etapas (RAI) I y II.**
- 14. Cualquier displasia, tumor benigno, crecimiento pre-maligno, neoplasia (Inter o intra) epitelial, lunares o verrugas.**
- 15. Cualquier tumor papilar de la vejiga.**
- 16. Cualquier tumor que ha invadido la submucosa, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales y no se ha metastatizado.**
- 17. Cualquier formación de tejido anormal o extraño, que no se diagnostique como Cáncer.**
- 18. Melanomas con estudio tumoral I o II de la clasificación TNM, determinado por examen histológico, o del nivel de invasión 1 y 2 de Clark.**

No obstante lo anterior, por tratarse este de un contrato tipo, la compañía podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación de las exclusiones de esta póliza, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

D. Modificaciones: Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones particulares de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un *addendum* firmado que contenga el consentimiento del Tomador. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora, Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea alguna de las mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía.

E. Servicios de Asistencia:

Los servicios de asistencia cubren al Asegurado según las condiciones abajo descritas.

No obstante lo anterior, por tratarse este de un contrato tipo, la compañía podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación del alcance de los Servicios de Asistencia de esta póliza, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

1. ASISTENCIA MÉDICA:

A) Traslado Médico Terrestre (Ambulancia por Emergencia en GAM y Cabeceras de provincia):

En caso que el ASEGURADO sufra un ACCIDENTE en el Hogar que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, previa autorización del EQUIPO MÉDICO del ADMINISTRADOR DEL SERVICIO, se coordinará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS. Si para este servicio, se le requiriesen servicios que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al ASEGURADO indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio

En caso de que el ASEGURADO sufra un accidente automovilístico que les provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO gestionará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. En caso de no existirla, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

B) Orientación Médica Telefónica:

Previo solicitud del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindará orientación médica telefónica, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el ASEGURADO pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o enfermedad.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el ASEGURADO correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

C) Examen de Mamografía:

Cuando el ASEGURADO necesite realizarse exámen de Mamografía, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le coordinará y referirá a un laboratorio o centro médico de la red. Este examen se aplicará solamente a personas mayores a 40 años.

El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

D) Ultrasonido Mamas:

Quando el ASEGURADO necesite realizarse ultrasonido de mamas, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le coordinará y referirá a un laboratorio o centro médico de la red, para la práctica del examen clínico. **Este examen se aplicará solamente a personas menores a 40 años.**

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

E) Examen de bienvenida en clínicas de la red (Examen de laboratorio clínico básico)

Quando el ASEGURADO necesite realizarse exámenes de Hemograma básico, Examen de la vista, Papanicolaou, o Antígeno prostático, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le coordinará y referirá a un laboratorio o centro médico de la red, para la práctica de un examen clínico de su elección.

El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

F) Referencia de exámenes ambulatorios:

A solicitud telefónica del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le brindará referencias de clínicas, hospitales o médicos especialistas que brinden el servicio de exámenes ambulatorios las 24 horas los 365 días al año. En caso de que el Asegurado solicite la coordinación de una cita, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará la cita directamente con la clínica, hospital o médico especialista referido y Asegurado a su red de proveedores. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del proveedor de servicio.

El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar y estar presente en el lugar del EVENTO para la prestación de los SERVICIOS.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

G) Orientación Psicológica Telefónica:

A solicitud telefónica del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le brindará Orientación psicológica vía telefónica las 24 horas los 365 días al año. En caso de que el Asegurado solicite la coordinación de una cita, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará la cita directamente con la clínica, hospital o médico especialista referido y Asegurado a su red de proveedores. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del proveedor de servicio.

El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar y estar presente en el lugar del EVENTO para la prestación de los SERVICIOS.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

H) Segunda Opinión Médica:

Previa solicitud del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindará una segunda opinión médica telefónica, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el ASEGURADO pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia o enfermedad.

Tomando en cuenta que asistencia es para cuando el ASEGURADO no quedo satisfecho con la primera opinión médica.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el ASEGURADO correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

I) Localizador y Mejor Precio en Farmacias y Productos Médicos:

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO mediará para que se realice un descuento al ASEGURADO, en farmacias de la red, cuando el ASEGURADO hagan uso de alguno de los servicios en los establecimientos mencionados.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asume ninguna responsabilidad por los servicios ni la atención prestada. El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar la prestación de los SERVICIOS.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

J) Coordinación y Envío de Medicamentos a domicilio:

Cuando el ASEGURADO necesite adquirir medicamentos o cualquier producto médico deseando que los mismos se le envíen a su domicilio, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinara el respectivo envío de los mismos. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación a los productos médicos adquiridos. Queda entendido que el ASEGURADO cancelará el costo de los productos y del envío en el momento de su recepción.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

2. ASISTENCIA PERSONAL EN EL HOGAR:

A) Referencia de Estética a domicilio:

A solicitud telefónica del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le brindará referencias de estéticas a domicilio, registradas en de su red. En caso de que el Asegurado solicite la coordinación de la cita, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará el envío de un esteticista Asegurados a su red de proveedores. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

B) Referencia de cuidadores o enfermeras:

A solicitud telefónica del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le brindará referencias de cuidadores o enfermeras (os), registradas en de su red. En caso de que el Asegurado solicite la coordinación de una visita, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO coordinará el envío de un cuidador o enfermera(o) Asegurado a su red de proveedores. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

C) Referencia y coordinación de personal especializado en limpieza en el hogar por emergencia:

A solicitud telefónica del ASEGURADO, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le brindará referencia y coordinará el envío de personal especializado en limpieza en el hogar por emergencia. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del proveedor de servicio.

El ASEGURADO en todo momento deberá supervisar y estar presente en el lugar del EVENTO para la prestación de los SERVICIOS.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

3. ASISTENCIA CULINARIA:

A) Información y orientación nutricional vía telefónica:

En caso que el ASEGURADO requiera información y orientación nutricional, previa solicitud telefónica, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindará la información requerida o la referencia de un nutricionista que le ofrezca consejos nutricionales, sobre información de contenido calórico de los alimentos.

Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y siempre será requerido el chequeo personal con un médico o nutriólogo especialista. Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El ASEGURADO.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable del servicio que reciba el Asegurado por las referencias brindadas.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

B) Orientación para recetas especiales (Personas con Diabetes, Sobre Peso, Intolerancia a la lactosa):

En caso que el ASEGURADO requiera información y orientación nutricional, previa solicitud telefónica, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindará la información requerida o la referencia de un nutricionista que le ofrezca consejos nutricionales, sobre información de contenido de recetas especiales para personas con diabetes, sobre peso e intolerancia a la lactosa. Queda entendido que el SERVICIO se prestará como una orientación y siempre será requerido el chequeo personal con un médico o nutriólogo especialista. Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El ASEGURADO.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable del servicio que reciba el Asegurado por las referencias brindadas. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

C) Información y Orientación culinaria vía telefónica (fono-chef):

En caso que el ASEGURADO requiera información y orientación culinaria, previa solicitud telefónica, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindará la información requerida o la referencia de un profesional en el arte culinario con el fin de poder brindar recetas saludables, diferentes e innovadoras, rápidas, así como recomendaciones para preparar platillos comunes de una forma más sana. Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El ASEGURADO.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable del servicio que reciba el Asegurado por las referencias brindadas. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

4. SERVICIOS DE REFERENCIA Y COORDINACION:

A) Referencia de Ambulancias Privadas:

En caso que el ASEGURADO requiera referencias de ambulancias privadas, previa solicitud telefónica, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindara la referencia de estas unidades. Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El ASEGURADO. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable del servicio que reciba el Asegurado por las referencias brindadas.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

B) Referencia de Farmacias en las localidades:

Cuando el ASEGURADO lo requiera, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le proporcionará información de Farmacias cercanas de donde se encuentre el ASEGURADO.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable del servicio que reciba el Asegurado por las referencias brindadas.

El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

C) Referencia y Coordinación Médica 24 horas (Clínicas, Hospitales, Etc):

Cuando el ASEGURADO lo requiera, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le proporcionará información de Clínicas Médicas y Hospitales cercanas de donde ocurrió el percance o accidente y donde se encuentre el ASEGURADO.

Queda entendido que ni la Compañía ni el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO asumirán ningún costo relacionado con los gastos en que incurra el ASEGURADO. Todos los gastos relacionados a la atención médica de la Clínica referida por ADMINISTRADOR DEL SERVICIO, serán pagados por el ASEGURADO con sus propios recursos, bajo su propio riesgo y con las consecuencias que se deriven. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

D) Referencia de Médicos Especialistas:

En caso que el ASEGURADO requiera referencias de un médico especialista, previa solicitud telefónica, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO brindara la referencia de médicos especialistas. Todos los gastos que se generen por este servicio serán pagados en su totalidad por El ASEGURADO. El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no se hace responsable del servicio que reciba el Asegurado por las referencias brindadas. El servicio aquí establecido se brindara según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

E) Referencia sobre fundaciones de grupos de apoyo para el acompañamiento psicosocial para la persona con cáncer:

Cuando el ASEGURADO requiera de referencia sobre fundaciones de grupos de apoyo, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le proporcionará la información del o los establecimientos que considere adecuados a la solicitud.

El ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del establecimiento elegido. El servicio aquí establecido se brindará según los montos y eventos establecidos en las Condiciones Particulares.

5. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

En caso de que un ASEGURADO requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

1-El ASEGURADO que requiera del servicio se comunicará con el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO a los números telefónicos indicados en las Condiciones Particulares y los Certificados de Seguro.

2-Reportar la emergencia en el momento que sucede y DEBE ESTAR OBLIGATORIAMENTE presente en el lugar.

3-El ASEGURADO procederá a suministrarle al funcionario del ADMINISTRADOR DEL SERVICIO que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como ASEGURADO, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales; como la ubicación exacta del ASEGURADO; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el ASEGURADO del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise y en relación con el cual se solicite un servicio.

4-Queda entendido que el personal del ADMINISTRADOR DEL SERVICIO únicamente prestará los servicios contemplados en este contrato, a las personas que se encuentren incluidos en la última lista de ASEGURADOS activos proporcionada por la Compañía al ADMINISTRADOR DEL SERVICIO. De este modo, el Tomador asume la responsabilidad de mantener totalmente actualizada la lista de ASEGURADOS activos.

5-Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO le prestará al ASEGURADO los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones de la póliza.

6-En caso de que el ASEGURADO no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, el ADMINISTRADOR DEL SERVICIO no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente contrato. Como caso de excepción, y únicamente en relación con el SERVICIO DE TRASLADO MÉDICO TERRESTRE, en los casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del ASEGURADO para cumplir con el procedimiento

anteriormente señalado, el ASEGURADO podrá acudir directamente ante terceros a solicitar el indicado servicio.

IV. CLAUSULAS GENERALES

A. De los Asegurados y el Tomador:

1. Elegibilidad: Serán elegibles para ser incluidos en el Plan de Seguro Colectivo y la Póliza las personas físicas, residentes legalmente en Costa Rica y vinculadas al Tomador, a partir de los dieciocho (18) años de edad.

Por tratarse de un contrato tipo, si por Condiciones Particulares inherentes a la Colectividad, previa solicitud y acuerdo del Tomador, se modifica el género elegible, esta característica deberá especificarse por escrito en las Condiciones Particulares y Certificados de Seguro.

Nuevos Asegurados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.A.6. Pruebas de Asegurabilidad**. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la póliza será efectiva en la fecha designada por la Compañía. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria de acuerdo a la evaluación de los factores de riesgo del Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

2. Incorporación de Asegurados: En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, tomando en consideración lo estipulado en la cláusula **IV.A.6. Pruebas de Asegurabilidad**, el Tomador podrá incorporar nuevos Asegurados a la colectividad mediante la presentación debidamente cumplimentada de su Solicitud Individual y el pago de la prima adicional correspondiente. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación.

Los Asegurados que fueran excluidos de la Póliza y reincorporados a la misma posteriormente, serán considerados como nuevas incorporaciones a partir de su nueva Fecha de Vigencia de la Cobertura.

Los Asegurados no podrán estar cubiertos por más de un Certificado de Seguro expedido por la Compañía bajo esta Póliza. En caso de que una persona asegurada esté cubierta por más de un Certificado de Seguro bajo el mismo plan ofrecido en esta Póliza, La Compañía considerará que este Asegurado está cubierto bajo el Certificado de Seguro que proporcione el beneficio mayor. Si el beneficio de cada Certificado de Seguro es idéntico, La Compañía considerará a esta persona asegurada bajo el primer Certificado de Seguro que haya sido emitido únicamente. La Compañía reembolsará cualquier Prima duplicada en sus oficinas, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba la solicitud escrita correspondiente. El reembolso se efectuará en su totalidad a favor del Tomador (en modalidad no contributiva), o en la proporción indicada en el Certificado de Seguro a favor del Tomador y del Asegurado (en modalidad contributiva).

Excepto lo indicado en el párrafo anterior, el beneficio de esta Póliza será pagado en adición a cualquier otro beneficio de seguro al cual tenga derecho el Asegurado bajo otro plan de seguro.

3. Baja de Asegurados: Las personas que se separen definitivamente del Plan de Seguro Colectivo dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que soliciten al Tomador su separación de la Póliza y el Tomador notifique por escrito esta situación a la Compañía, quedando sin validez alguna el Certificado de Seguro expedido respecto de esa(s) persona(s). En caso de tratarse de un Plan de Seguro no contributivo, la Compañía restituirá al Tomador la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. Si el Plan de Seguro fuese contributivo, la Compañía restituirá proporcionalmente dicha Prima no devengada al Asegurado y al Tomador, según haya sido indicado en el Certificado de Seguro correspondiente, con la deducción indicada. Toda restitución de Prima no devengada se efectuará en las oficinas de la Compañía, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente.

4. Registro de Asegurados: El Tomador suministrará periódicamente y bajo su entera responsabilidad la información relacionada con la pertenencia o exclusión de los Asegurados de la colectividad. La omisión del Tomador en notificar la exclusión de un Asegurado no implicará que se mantenga la cobertura de ese Asegurado más allá de esa fecha de exclusión. **El Tomador será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier Asegurado con posterioridad a su exclusión de la colectividad, si ésta no se notificó oportunamente a la Compañía.**

5. Edad de Aceptación: El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud Individual. 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 de Vigencia de la Cobertura o de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha de Vigencia de la Cobertura la edad real del Asegurado fuera distinta a la revelada, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía. Si se comprueba que a la Fecha Efectiva de Vigencia del Asegurado la edad real del Asegurado era mayor a los sesenta y cinco (65) años y la edad que declaró fue menor a esa edad, el Asegurado tendrá que presentar a la Compañía Pruebas de Asegurabilidad que determinen su asegurabilidad o no junto con los exámenes médicos correspondientes para que la Compañía evalúe y determine, en caso de ser asegurable, sus condiciones en el seguro y su respectiva tarifa de conformidad con la cláusula **IV.A.6. Pruebas de Asegurabilidad.**

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 la siguiente forma, siempre de conformidad con el plazo límite de tiempo de disputabilidad establecido en la cláusula **IV.E.3. Indisputabilidad** de esta póliza:

- a. Si el Asegurado declaró una edad menor a su edad real, la Compañía asumirá el riesgo, pero el Asegurado deberá reembolsar a la Compañía los montos correspondientes a las Primas dejadas de percibir por la Compañía. Si el Asegurado no lo hiciera, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago apropiado de la Prima. En caso de que el error fuere descubierto sucedido ya el siniestro, la Compañía podrá deducir de la suma indemnizada las Primas dejadas de percibir.
- b. Si el Asegurado declaró una edad mayor a la real, la obligación de la Compañía no se modificará, y la Compañía reembolsará en sus oficinas la diferencia entre la reserva existente y la que hubiere sido necesaria conforme a la edad verdadera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de recepción de la solicitud escrita correspondiente. 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. En caso de tratarse de un Plan de Seguro no contributivo, la Compañía restituirá al Tomador la parte de la Prima no devengada de dichos Asegurados calculada en días exactos, deduciendo únicamente los gastos administrativos correspondientes a esa devolución. Si el Plan de Seguro fuese contributivo, la Compañía restituirá proporcionalmente dicha Prima no devengada al Asegurado y al Tomador, según haya sido indicado en el Certificado de Seguro correspondiente, con la deducción indicada.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos individuos que incorporare a la Colectividad pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en su Solicitud Individual de Seguro.

6. Pruebas de Asegurabilidad: Para efectos de comprobar la elegibilidad de un nuevo Asegurado con edad igual o mayor a sesenta y cinco (65) años de edad deberá presentar a la Compañía el formulario de Prueba de Asegurabilidad que ésta le proporcione. En caso de que los resultados del formulario de Prueba de Asegurabilidad impliquen la necesidad de efectuar algún examen particular al Asegurado, tales como, pero no limitados a: - Cuestionarios médicos específicos, -Examen médico general, -Examen de orina, -Electrocardiograma, -Examen de H.I.V., - Radiografía de Tórax, y -Perfil bioquímico, el Asegurado deberá presentarlo o presentarlos bajo su costo.

Una vez recibida de parte del Asegurado la Prueba de Asegurabilidad y las correspondientes pruebas médicas, en caso de ser necesaria alguna, la Compañía, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, evaluará su estado actual para que, de conformidad con los factores de riesgo del propuesto Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, -combinación peso/estatura, u -ocupación, determine su elegibilidad o no bajo la póliza y las condiciones de su aseguramiento.

Si la Compañía determina la posibilidad de aseguramiento del propuesto Asegurado bajo la póliza, procederá a notificarle, dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, sus condiciones de aseguramiento de conformidad con el análisis del riesgo efectuado. La Compañía ofrecerá al Asegurado posibilidades a escoger según la evaluación del riesgo y que incluyan combinaciones tales como: mantener o disminuir la suma asegurada, mantener o aumentar la tarifa o combinaciones entre sí. En los casos de reducciones de la suma asegurada ésta no podrá ser mayor

al 50% y en caso de los recargos de tarifa, estos no podrán ser menores a 50% ni mayores a 300%.

7. Obligaciones del Tomador: Además de la obligación del pago de la Prima establecida en el presente contrato, es obligación del Tomador llevar el Registro de los Asegurados con la relación de nombres y datos de las personas inscritas como miembros de la Colectividad, según se estipula en la cláusula **IV.A.4. Registro de Asegurados.**

B. De la Prima:

1. Pago de la Prima: La Prima de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario a partir de la Fecha Efectiva de Inicio de la Póliza. El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Tomador.

En cualquier aniversario de la Póliza, el Tomador puede optar por el pago fraccionado de la Prima anual total, mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales, sin recargo ni descuento alguno.

Las Primas convenidas podrán ser pagadas en las oficinas de la Compañía ubicadas en San José, Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial FORUM, Torre I, segundo piso, o a través de cualquier medio que sea utilizado y aceptado por los bancos del Sistema Bancario Nacional, incluyendo: pago mediante cheque, cargo a tarjeta de crédito y tarjeta de débito, y transferencia bancaria. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Si por causas imputables al Tomador, no pudiera efectuarse el cargo pactado, la Prima correspondiente se considerará no pagada.

Para todos los efectos de esta cláusula, se entenderá que el Tomador será responsable ante la Compañía de que se efectúen en tiempo y forma los pagos de la Prima pactados, independientemente de que la Póliza sea tomada en modalidad contributiva o en modalidad no contributiva.

2. Periodo de Gracia: A partir de cualquier Fecha de Vencimiento de la Póliza, excepto en la primera, el Tomador gozará de un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales para pagar la Prima pactada. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

a) Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro ocurrido a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Tomador, o también a los Asegurados en los planes contributivos, según corresponda, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,

b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte

para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Tomador, o también a los Asegurados en los planes contributivos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que la Compañía escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Tomador, cualquiera que ella sea.

3. Renovación de la Póliza: La cobertura otorgada por esta Póliza se renueva automáticamente en forma anual con el pago de la Prima convenida en su fecha de vencimiento, sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza. En particular, la renovación de la Póliza estará sujeta además a que el grupo de individuos asegurables conste de un mínimo quinientas (500) personas, con una participación mínima de 5%, si su modalidad de pago es contributiva; y un mínimo de 10 personas con una participación del 100% si la modalidad de pago es no contributiva.

No se emitirán documentos de renovación, ya que el pago de la Prima 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, para lo cual se dará aviso al Tomador con al menos treinta y un (31) días naturales de anticipación al aniversario de la Póliza, con el fin de que éste manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo. Será obligación del Tomador comunicar a los Asegurados cualesquiera modificaciones a las primas, con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su notificación para solicitar su exclusión de la Póliza, en caso de que las nuevas condiciones no les resulten aceptables. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en su Solicitud Individual.

La modificación de montos de Prima se determinará de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas vigentes;
- b) Los beneficios de la Póliza;
- c) Número de Asegurados Asegurados al Plan de Seguro Colectivo;
- d) Experiencia previa del grupo de individuos asegurables;
- e) Los factores de riesgo del grupo.

Los ajustes de primas debido a cambios en el enrolamiento se podrán hacer anualmente si hay un cambio en el enrolamiento de más de 10% con respecto al número de asegurados bajo el cual fue suscrita esta Póliza.

Esta Póliza no genera beneficio alguno por baja siniestralidad u otro factor semejante.

5. Rehabilitación: No obstante lo dispuesto por la Cláusula de Terminación de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado podrá rehabilitarla pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha de la terminación. En este caso, sólo se cubrirán aquellas pérdidas que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula de **Exclusiones** de esta Póliza.

6. Deber de notificación del asegurado por 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 de previo o como consecuencia de la suscripción de un nuevo contrato con las condiciones indicadas en el párrafo precedente, la persona que solicite el seguro deberá advertirlo al asegurador en su solicitud o en su tarjeta de enrolamiento según corresponda.

Suscrito el contrato, la persona asegurada tendrá la obligación de notificar, por escrito, a cada uno de los aseguradores los otros contratos celebrados. Deberá indicar, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la celebración del nuevo contrato, el nombre del asegurador, la cobertura, la vigencia y la suma asegurada.

Si, por incumplimiento del deber de notificar referido, algún asegurador paga a la persona asegurada una indemnización mayor a la que le correspondería, de conformidad con esta ley, se considerará que el pago fue indebido pudiendo el asegurador recuperar lo pagado en exceso. La persona asegurada, además de su obligación de reintegro el día hábil siguiente al que fue requerido, deberá reconocerle al asegurador los intereses generados desde la fecha del pago en exceso hasta la fecha de efectivo reintegro, se aplicará la tasa de interés legal.

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, Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial FORUM, Torre I, segundo piso, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado conozca su ocurrencia.

La notificación que haga el Asegurado mediante la cual proporcione a La Compañía suficiente información para identificarle, tal como el nombre del Asegurado y su número de identificación será considerado como aviso de siniestro a la Compañía. 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, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al Asegurado 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, con el fin de permitirle a la Compañía el procesamiento de la reclamación correspondiente. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

- a) Formulario de Reclamo para Indemnización debidamente cumplimentado por el Asegurado o el Reclamante Sustituto en nombre del Asegurado, según corresponda; y
- b) Certificación Médica debidamente firmada por el Médico tratante, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad 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.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2204-6300 o al correo electrónico Servicioalclientebn@palig.com.

2. Pago de Indemnizaciones: Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado, según sea el caso, con motivo de este contrato, se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San José, Escazú, Oficentro Plaza Roble, Edificio Los Balcones, tercer piso, número cuatro.

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 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.

3. Finiquito: El reclamante, una vez satisfecha su reclamación en los términos de esta Póliza, extenderá a la Compañía el finiquito correspondiente que liberará a la Compañía de cualquier obligación derivada de este contrato. Una vez liquidado el beneficio de esta Póliza, se dará por terminada la cobertura establecida. El finiquito establecido en esta cláusula podrá ser extendido por el Reclamante Sustituto en caso de que haya sido éste quien haya gestionado la reclamación.

4. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización: Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que el Tomador y/o el Asegurado o los representantes de ambos, 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, sus beneficiarios, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea. 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. Vigencia y Renovaciones: El Seguro provisto bajo esta Póliza y el Certificado de Seguro tendrá vigencia de un año, renovable por periodos iguales, contados a partir de la Fecha de Vigencia de la Cobertura, durante las veinticuatro (24) horas del día, en cualquier parte del mundo, siempre que la Póliza se mantenga vigente mediante el pago de las primas. Al liquidarse con respecto a cada Asegurado la indemnización correspondiente a la Cobertura Básica en caso de siniestro, se dará por terminada la obligación de La Compañía por esta cobertura en cuanto a ese Asegurado en particular. La renovación de la póliza operará de conformidad con la cláusula **IV.B.3. Renovación de la Póliza.**

D. Terminación de la Póliza:

1. Terminación del Seguro:

1.1 Para el Asegurado: La cobertura para el Asegurado indicada en esta Póliza y reflejada en el Certificado de Seguro correspondiente terminará a las 24:00 horas del día cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Pérdida de la condición de elegibilidad del Asegurado, de conformidad con el término definido bajo "*Asegurado*" en estas Condiciones Generales;
- b) Falta de pago de la Prima por la cobertura de la Póliza al término del Período de Gracia;
- c) Fallecimiento del Asegurado por causas no cubiertas por esta Póliza;
- d) Cuando el Asegurado deja de ser residente legal de la República de Costa Rica;
- e) Cuando el Asegurado termina su vínculo con el Tomador.
- f) Cuando la Compañía pague el beneficio por la cobertura básica.
- g) Por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Asegurado según se establece en la cláusula **IV.D.2. Declaraciones Falsas e Inexactas** de la póliza.

1.2. Para el Tomador: No obstante lo anterior, la Compañía y el Tomador, podrán también por su parte dar por terminada la Póliza de conformidad con las siguientes reglas:

- a) En caso de que la Compañía decida dar por terminada la Póliza, mediante notificación escrita en el domicilio del Tomador, con al menos treinta y un (31) días naturales de anticipación al aniversario de la Póliza y su consecuente vencimiento;
- b) En caso de que el Tomador decida dar por terminada la Póliza, mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta y un (31) días naturales de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza. En este último caso, la Compañía reembolsará al Tomador la prima no devengada correspondiente a los Asegurados, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, equivalentes a un treinta y cinco (35) por ciento de la prima, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente. En modalidad contributiva, dicha devolución se efectuará a favor del Tomador en las proporciones descritas en el Certificado de Seguro.
- c) Por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Contratante según se establece en la cláusula **IV.D.2. Declaraciones Falsas e Inexactas** de esta póliza.

Asimismo, en todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Tomador, bajo su entera responsabilidad y durante el plazo de treinta (30) días naturales previo a la terminación de la Póliza, deberá comunicarlo de inmediato a los Asegurados con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su notificación para ejercer las acciones que estimen pertinentes durante ese plazo. La Compañía cooperará con el Tomador para que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en su Solicitud Individual.

2. Declaraciones Falsas e Inexactas: Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Tomador y los Asegurados en las solicitudes o reclamos correspondientes, las cuales forman parte integrante de la póliza.

En el caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Tomador o los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Tomador o de los Asegurados, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Tomador, y también a los Asegurados en casos de pólizas contributivas, una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Tomador, y en los casos de pólizas contributivas también el o los Asegurados, podrán aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Tomador, y de los Asegurados cuando la póliza es contributiva, o su negativa a aceptar el ajuste, dará derecho a la

Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

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 Tomador, y a los Asegurados cuando la póliza es contributiva, la prima no devengada al momento de dicha rescisión.

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos años desde la Fecha Efectiva de la Póliza, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Tomador los Asegurados Principales, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido del Tomador o de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Tomador, del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

E. Disposiciones Legales:

1. Moneda: Los valores de este contrato, tanto los beneficios de cobertura o indemnizaciones así como las primas se expresan en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, los pagos correspondientes a los reembolsos o indemnizaciones, así como a las primas de esta Póliza, podrán efectuarse tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

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. Indisputabilidad: Una vez transcurrido el plazo de dos años a partir del perfeccionamiento del presente contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, el asegurador no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

4. Derecho de retracto y reembolso de primas: El Tomador y cada Asegurado pueden cancelar esta Póliza o su Cobertura y devolverla a la Compañía dentro de un período de treinta (30) días naturales después de haber recibido la misma. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Tomador, en los planes no contributivos, o en

los planes contributivos al Tomador y a los Asegurados en las proporciones descritas en el Certificado de Seguro, la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

También se procederá con el reembolso de la porción no devengada de la prima si la Póliza es cancelada por el Tomador, o por el Tomador y los Asegurados en caso de planes contributivos, después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de terminación anticipada de la Póliza. La porción no devengada de la Prima se calculará con base en el número de días que los Asegurados no estén cubiertos por la Póliza. El número de días se determina desde la fecha efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente Fecha de Vencimiento.

El retiro por fallecimiento de las personas aseguradas dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, salvo que se le hayan reconocido siniestros, caso en el cual la Compañía tendrá derecho a exigir el valor de la prima total.

5. Valoración: Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro.

La valoración podrá efectuarse por un perito nombrado de mutuo acuerdo por ambas partes que deberá presentar su informe en un máximo de treinta (30) días naturales. Los honorarios del perito los asumirán las partes en igual proporción.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, se procederá de conformidad con los derechos que otorga la legislación costarricense o de conformidad con la cláusula **IV.E.8. Resolución de Controversias**.

6. Rectificación: Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Contratante o los Asegurados tendrán 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.

7. 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. 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

suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

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

9. Comunicaciones: Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Tomador, o entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en San José, Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial FORUM, Torre I, segundo piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Tomador serán efectuadas en el domicilio consignado en la carátula de la Póliza. Los Asegurados serán notificados por los medios y en las direcciones consignadas en su Solicitud Individual.

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.

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

11. Contrato Tipo: El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por la aseguradora con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

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 P20-62-A06-616 de fecha 3 de marzo de 2015.

SOLICITUD DE SEGURO DEL TOMADOR
SEGURO COLECTIVO ONCOLOGICO (Dólares)

Este documento solo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

Por la presente se solicita a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.** un seguro colectivo Oncológico para las personas vinculadas al Contratante que se indica a continuación. Si la misma es aceptada, la Póliza será emitida de la manera siguiente:

Se completa la presente solicitud de seguro en la ciudad de _____ el día ____ del mes de _____ del año _____.

1. CONTRATANTE:

RAZON SOCIAL: _____

NUMERO DE POLIZA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

CEDULA JURIDICA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

FAX: _____

2. FECHA DE VIGENCIA: _____ **FECHA DE ANIVERSARIO:** _____

3. FECHA DE VIGENCIA DE LAS COBERTURAS:

El seguro para cada individuo elegible entrará en vigencia en la Fecha de Vigencia de la Cobertura, una vez que haya sido aceptado por la Compañía en los términos que se expresen en dicha aceptación.

4. CAMBIO DE PLAN

Los cambios de Plan se efectuarán si el Asegurado los solicita en la fecha de aniversario de su cobertura.

5. CUADRO DE COBERTURAS:

Cada Asegurado puede escoger su plan de beneficios de acuerdo a las siguientes opciones:

	Importe del Beneficio
1. Opción 1	_____
2. Opción 2	_____
3. ...	_____

Por tratarse este de un contrato tipo, la Compañía podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación del alcance de la cobertura básica de esta póliza según acuerdo con el Tomador del Seguro.

6. OBSERVACIONES:

7. PORCENTAJE DE LA PRIMA A CARGO DEL CONTRATANTE: _____ %

8. FORMA DE PAGO: _____

9. NOMBRE DEL INTERMEDIARIO: _____

10. QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD POR EL CONTRATANTE QUE: toda la información administrativa necesaria, concerniente a todos los Asegurados estará sujeta a las estipulaciones de la Póliza y deberá ser suministrada a la Compañía por el Contratante, que esta solicitud formará parte del contrato suscrito con la Compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son veraces.

La Compañía tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la presente solicitud, para analizarla. Si considera que esta procede y el resto de requisitos han sido presentados de forma correcta y completa, la Compañía procederá a emitir la póliza; de lo contrario, en el mismo plazo procederá a comunicar por escrito al solicitante del rechazo de la solicitud.

Hacemos constar que recibimos la siguiente información previo a suscribir este formulario: a) Información de los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos del producto; b) Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza; c) Período de vigencia del seguro; d) Procedimiento para el pago de la prima y el reclamo en caso de siniestro; e) Causas de extinción

del contrato; f) Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento; g) Derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, ante una entidad aseguradora o ante las personas físicas o jurídicas que realicen actividades destinadas a la promoción, la oferta y los actos dirigidos a la celebración de un contrato de seguros, su renovación o modificación y el asesoramiento que se preste en relación con esas contrataciones, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales.

Nombre del Representante legal
Contratante

Firma y número de identificación

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 _____.

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A.
Parque Empresarial Forum 1, edificio I, segundo piso
Teléfono: 2204-6300 Fax: 2204-7365 E-mail: servicioalclientecr@palig.com