Triple-S Blue Inc.

(Antes Atlantic Southern Insurance Company - Sucursal en Costa Rica)

SEGURO DE INDEMNIZACION PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER

Código de producto: P20-62-A11-598 (Versión 2)

Fecha registro V2: 19-mar-15



Triple - S Blue, Inc.

CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza denominada **SEGURO DE INDEMNIZACION POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CANCER**, la cual se regirá por las siguientes cláusulas:

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

TRIPLE-S BLUE, INC., es la empresa responsable por el cumplimiento de la presente póliza, y acuerda pagar beneficios por pérdidas que resulten exclusivamente por Primer Diagnóstico de Cáncer de acuerdo con los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de la presente póliza.

TRIPLE-S BLUE, INC. es concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association, lo que permite a TRIPLE-S BLUE, INC., comercializar sus productos en Costa Rica con el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA.

El área de servicio de BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA es la República de Costa Rica. Esta póliza se emite a residentes de la República de Costa Rica, cuyo domicilio permanente está ubicado dentro del área de servicio.

Lo aseguramos a Usted, y a los miembros elegibles de su grupo familiar cuando solicite y aprobemos para ellos, una cobertura de indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer que se define más adelante, mientras esta póliza está en vigor. La emitimos en consideración a sus declaraciones en la solicitud, copia de la cual está aquí adherida, y al pago de la primera prima.

CODIGO DE PRODUCTO: FECHA DE REGISTRO:

Firmado por la Compañía, en la fecha de inicio de la vigencia.

Manuel Antonio Salazar Padilla Gerente General

Triple-S Blue, Inc., antes Atlantic Southern Insurance Company – Sucursal en Costa Rica • Concesionario Independiente de la BlueCross BlueShield Association
Cantón Central de la Provincia de San José, Esq. de la Calle 25 con Ave. 8, San José Costa Rica
Teléfono: 2248-4696 • Fax: 2248-4684 • Cédula Jurídica 3-012-631203

INDICE

Página	Página
I.INTRODUCCION1	IV VICENCIA PROPROCAS, PENOVACIONES
II.DEFINICIONES3	IX VIGENCIA.PRORROGAS, RENOVACIONES, TERMINACION12
III. DOCUMENTACION DE LA PÓLIZA5	VIGENCIA12
BASES DEL CONTRATO Y	VIGENCIA12
DOCUMENTACION DE LA POLIZA5	PRORROGA, RENOVACION DE
IV. AMBITO DE COBERTURA Y	LA POLIZA12
BENEFICIOS CUBIERTOS6	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA12
EDAD DE CONTRATACION6	
	CONTINUACIÓN DE LA POLIZA13
COBERTURA PARA EL ADULTO MAYOR. EDADES DE 65 Y MÁS AÑOS6	TERMINACION ANTICIPADA DEL
REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO	CONTRATO Y REEMBOLSO DE
DE CANCER6	PRIMAS POR CANCELACION DE LA
BENEFICIOS6	POLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO14
BENEFICIO PRIMER DIAGNÓSTICO	CANCELACIÓN y RESCISIÓN
DE CÁNCER7	DE LA POLIZA14
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES7	X. CONDICIONES VARIAS14
INDISPUTABILIDAD7	DECLARACIONES EN LA SOLICITUD14 RETICENCIA O FALSEDAD EN LA
V.DESIGNACION DE BENEFICIARIOS8	DECLARACION DEL RIESGO14
VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR,	INFORMES DE MEDICOS
ASEGURADO Y BENEFICIARIO8 VII. PRIMAS9	Y DE HOSPITALES15
OBLIGACION DE PAGO DE PRIMAS9	RECTIFICACION DE LA POLIZA15 MODIFICACIONES EN LA POLIZA15
PAGO PUNTUAL DE PRIMAS. LUGAR DE	CONFIDENCIALIDAD DE LA
PAGO. MORA EN EL PAGO Y FORMA DE PAGO9	INFORMACION16
AJUSTES ANUALES DE PRIMA9	MONEDA16
AJUSTE EN LAS PRIMAS AL ALCANZAR	PRESCRIPCION16
EL ASEGURADO LOS 65 AÑOS10 FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS10	PAGOS INDEBIDOS
PRACCIONAIMIENTO DE PRIMAS10	OTROS SEGUROS CON NOSOTROS17
VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES10	LEGITIMACION DE CAPITALES17
AVISO DE SINIESTRO Y	XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE
PRESENTACIÓN DE RECLAMOS10	CONTROVERSIAS17 RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA17
Documentos adicionales para reclamaciones	MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCION DE
incurridas durante los primeros	CONFLICTOS17
2 años de la póliza11	ACCION LEGAL CONTRA LA COMPAÑÍA17 TRIBUNAL CON JURISDICCION17
Documentos adicionales para	TRIBUNAL CON JURISDICCION17
Reclamación de hijo dependiente	XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES18
mayor de 18 hasta 24 años de edad11	XIII. DISPOSICIONES FINALES18
EXAMEN MEDICO Y AUTOPSIA11	RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y
PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION	USO DE LA MARCA
DE GASTOS11	LEGISLACION APLICABLE19
PRUEBA DEL SINIESTRO Y	
DEBER DE COLABORACION12	
ACCIONES FRAUDULENTAS12	
PLAZO DE RESOLUCION DE	
RECLAMOS12	

II. DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza las siguientes frases, palabras, términos, deben entenderse de la forma siguiente:

ADENDA: Para los efectos de esta póliza, se refiere a la documentación que se agregue a la póliza para reportar cambios durante la vigencia del contrato, tales como el domicilio del asegurado, dirección contractual, cambio, inclusión o exclusión de beneficiarios.

ADMINISTRADOR DE RECLAMOS DE LA COMPAÑÍA: Se refiere a la Unidad administrativa de la Compañía, ubicada en el domicilio de la Compañía que aparece en las Condiciones Particulares, encargada de recibir la documentación para el indemnización de los reclamos, realizar el ajuste, solicitar información adicional en caso necesario, y pagar beneficios a los asegurados.

ASEGURADO PRINCIPAL, USTED, Y SUYO

(A): Es la persona nombrada como tal en la solicitud y cuyo nombre se ha emitido la Póliza. El Asegurado Principal está autorizado para recibir indemnizacion por los beneficios cubiertos y cualquier prima no devengada de cualquiera de las personas aseguradas en esta póliza.

De acuerdo con el Plan a base del cual se emite la póliza:

Si el Plan es:	Asegurado incluye:
Individual	Asegurado Principal solamente
Padre Soltero / Madre Soltera	Asegurado Principal y sus Hijos Dependientes
Pareja	Asegurado Principal y su Cónyuge
Familiar	Asegurado Principal, su Cónyuge y sus Hijos Dependientes

Cónyuge: es el cónyuge legal del Asegurado Principal. Para efectos de esta póliza esta definición incluye a quien tenga la condición de **conviviente**, que es la persona que se encuentre en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años, entre un hombre y una mujer que posean aptitud legal para contraer matrimonio.

AÑO PÓLIZA: Periodo de doce (12) meses consecutivos transcurridos desde la fecha de la vigencia de esta póliza.

CANCER: Tumor maligno caracterizado por crecimiento anormal y descontrolado con capacidad de invasión y destrucción de tejidos. Cáncer incluye, Leucemia, Sarcoma de Kaposi y Enfermedad de Hodgkins. El diagnóstico positivo de Cáncer tiene que darse por un médico Hematólogo Oncólogo o Patólogo.

CONDICIONES PREEXISTENTES: Se refiere a cualquier enfermedad o lesión de un Asegurado:

- a. Que existía en la fecha en que se haya perfeccionado el presente contrato de seguro, y cuyos síntomas, se encontraban presentes en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o antes.
- b. Las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el asegurado.

Toda condición Preexistente conocida por el asegurado debe ser revelada en la solicitud de seguro. Cualquier condición Preexistente no revelada y conocida por el asegurado, puede dar como resultado el rechazo de un Reclamo.

DEPENDIENTES: Se consideran dependientes del Asegurado Principal para efectos de la presente póliza:

Hijos Dependientes: Son los hijos o hijas, hijastros (as), hijos (as) legalmente adoptados o hijos (as) de crianza del Asegurado Principal, solteros (as), antes de cumplir los dieciocho (18) años de edad. Si son estudiantes a tiempo completo en una universidad o institución de Estudios Superiores debidamente acreditada, la cobertura se extenderá hasta la fecha de renovación inmediata siguiente una vez cumplidos los veinticuatro (24) años de edad.

Un hijo nacido al Asegurado Principal mientras esta póliza esté en vigor se convertirá en Asegurado en la fecha de su nacimiento. Un hijo adoptado por el Asegurado Principal mientras esta póliza esté en vigor se convertirá en Asegurado en la fecha de la resolución final de adopción; si recibimos dentro de los 30 días siguientes al nacimiento o adopción, según sea el caso:

a) La solicitud de ingreso del menor; y

- b) Información que nos permita identificar el nuevo Asegurado; y
- c) El pago de la correspondiente prima

Hijastro (a) es un (a) hijo (a) del cónyuge del Asegurado Principal en un matrimonio anterior.

Hijo (a) de Crianza es aquel (aquella) que sin ser hijo (a) biológico o adoptado ha vivido desde su infancia bajo el mismo techo en una relación normal paterno filial con el Asegurado Principal.

EDAD: Significa la edad del Asegurado a la fecha del último cumpleaños.

HOSPITAL: Hospital debidamente acreditado y autorizado como tal por las autoridades pertinentes en el país en que este ubicado. Hospital no incluye instituciones que sean principalmente una casa de convalecencia, hospicio, asilo o institución para el cuidado o tratamiento de alcohólicos, adictos a drogas o ancianos.

MÉDICO: Cuando se refiera al diagnóstico y tratamiento de CANCER, significará un médico que sea Hematólogo-Oncólogo o Patólogo, legalmente autorizado para practicar la medicina, certificado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o la Junta Americana de Patología, para ejercer Anatomía Patológica y Hematología Oncológica, siempre y cuando no sea el mismo ASEGURADO o un miembro inmediato de su familia.

NOSOTROS, COMPAÑÍA: Se refiere a Triple-S Blue, Inc., que utilizará el nombre comercial de BlueCross BlueShield Costa Rica.

FECHA DE VIGENCIA DE LA POLIZA: Es la fecha de comienzo del seguro. La Fecha de Vigencia aparece en la Condiciones Particulares de la Póliza.

PERIODO DE GRACIA: Se concede un periodo de gracia del pago de cada prima que venza después de la primera, periodo de gracia durante el cual la Póliza continuará en vigor, sujeto a lo establecido en la clausula de Periodo de Gracia.

PERIODO DE ESPERA significa el periodo de 90 días, contados a partir de la Fecha de Vigencia de esta póliza, durante el cual no se provee cubierta o beneficio por primer diagnóstico de cáncer.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el formulario firmado por el Solicitante, que se adjunta y forma parte de esta Póliza, mediante el cual se solicita cobertura bajo esta póliza.

Primer Diagnóstico de Cáncer significa que por primera vez, ocurre la primera de las siguientes:

1. El cáncer es diagnosticado positivamente por primera vez en la vida del Asegurado por un patólogo. diagnóstico patológico debe estar basado en el examen microscópico de tejido fijo o de preparaciones del sistema hémico en vida o posterior a la muerte, establezca la condición de cáncer. El Médico que establece el diagnóstico patológico debe basar su juicio únicamente en los criterios de malignidad aceptados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o la Junta Americana de Patología o la Junta Osteopática de Patología luego de un estudio de la arquitectura histocitológica o del patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso. Un diagnóstico patológico de Cáncer después de la muerte sólo se

aceptará como Primer Diagnóstico si en el Certificado de Defunción del Asegurado se establece que la condición de cáncer fue la causa inmediata o principal del fallecimiento.

2.El cáncer es diagnosticado positivamente por primera vez en la vida del Asegurado, por diagnóstico clínico o no-patológico, si no puede hacerse el diagnóstico de tejido. Un diagnóstico clínico o no-patológico de Cáncer sólo se aceptará como Primer Diagnóstico si no es médicamente posible intentar un diagnóstico patológico. La prueba de que no es médicamente posible intentar un diagnóstico patológico debe ser satisfactoria para Nosotros. Estas pruebas satisfactorias serán tales como radiografías del tórax, radiografías computarizadas, tomografía computarizada, magnética, resonancia tomografía por emisión de positrones, debidamente acompañada con diagnóstico clínico realizado por un doctor oncólogo, o cualquier otra aceptada generalmente en la comunidad médica. Nos reservamos el derecho de información adicional, solicitar declaración adicional del Médico, v/o examen por un Médico seleccionado por Nosotros y pagado por Nosotros.

III.DOCUMENTACION DE LA POLIZA. BASES DEL **CONTRATO** Υ **DOCUMENTACION DE LA POLIZA**. La presente Póliza se emite de acuerdo a la información ofrecida en la Solicitud de Seguro. La documentación válida que conforma la presente póliza y para fijar los derechos y obligaciones, siguiente: la solicitud del seguro firmada por el tomador o la persona asegurada, la propuesta de seguro aceptada por el tomador o la persona asegurada, según corresponda, las Condiciones

Particulares, así como otras solicitudes o propuestas que se presenten luego de emitido el seguro y la adenda que se llegaren a agregar a la póliza.

Este seguro ofrece indemnizar al asegurado por la pérdida en su patrimonio como consecuencia del **Primer Diagnóstico De Cáncer** según definido. Los parámetros que se utilizarán para determinar la suma a indemnizar se describe en la **Sección III. Cobertura y Beneficios.**

IV.AMBITO DE COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS.

ÁMBITO DE COBERTURA. PERSONAS ASEGURADAS y BENEFICIO MÁXIMO POR ASEGURADO. Esta póliza indemnizará al Asegurado Principal, Cónyuge y a los miembros dependientes cuando hubieran sido incluidos en la solicitud de la póliza.

Los beneficios de esta póliza son indemnizatorios, de tal manera que ocurrido el evento cubierto al asegurado principal, a su cónyuge o sus dependientes, el monto máximo a pagar por cada asegurado es el beneficio establecido en las Condiciones Particulares.

EDADES DE CONTRATACIÓN: La póliza puede ser suscrita sin límite de edad, de conformidad con lo establecido en la cláusula COBERTURA PARA ADULTO MAYOR.

COBERTURA PARA EL ADULTO MAYOR. EDADES DE 65 Y MÁS AÑOS.

1) Solicitantes mayores de 65 años de edad: Estará disponible para este grupo la Cobertura Básica con las mismas

condiciones y exclusiones establecidas y con el respectivo ajuste en la prima.

2) Asegurado individual que alcanza la edad de 65 años mientras la póliza está en vigor. La Cobertura Básica, se convertirá de forma automática a la "Cobertura para el Adulto Mayor" con el respectivo ajuste en las primas para los periodos subsiguientes.

REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CANCER - Debe ser diagnosticada por primera vez en vida del asegurado, por un médico, despues de la fecha de vigencia, luego de expirado el periodo de espera y mientras la póliza está en vigor. El diagnóstico que aceptaremos tiene que estar basado en el examen microscópico del tejido o análisis del sistema sanguíneo o por cualquier otra prueba que posterior a la fecha de aceptación de esta póliza, haya sido reconocida y aceptada como prueba diagnóstica por el Ministerio o Autoridad de Salud.

BENEFICIOS

PAGAREMOS el beneficio por Primer Diagnóstico de Cáncer, siempre que:

- El cáncer sea diagnosticado después de 90 días contados a partir de la Fecha de Vigencia y mientras la Póliza esté en vigor, y
- El asegurado no haya sido diagnosticado, ni haya recibido tratamiento, consejo, o consulta médica relacionada con cáncer antes de la fecha de la solicitud de esta póliza.

BENEFICIO PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Pagaremos el Monto Total de la póliza en un pago único al recibo de prueba satisfactoria para Nosotros de Cáncer diagnosticado por primera vez después de 90 días contados a partir de la Fecha de Vigencia de la Póliza. Este beneficio se pagará una sola vez durante la vida del Asegurado. Se excluye cáncer de la piel, excepto Melanoma Maligno.

Por prueba satisfactoria se entiende un informe patológico certificado u otras pruebas que establezcan el diagnóstico positivo de Cáncer.

Si el Asegurado recibe un Primer Diagnóstico de Cáncer Interno Melanoma Maligno, pagaremos el beneficio por Primer Diagnóstico de Cáncer. El diagnóstico debe ocurrir después del Período de Espera y mientras se esté asegurado por esta póliza. No pagaremos beneficios por diagnóstico de cáncer de la piel que no sea Melanoma Maligno.

El beneficio pagadero por Primer Diagnóstico de Cáncer aparece en las Condiciones Particulares.

Diagnóstico posterior a la muerte - Si el Asegurado muere como consecuencia directa pero antes de un diagnóstico positivo de cáncer y se obtiene, posterior a la muerte, el diagnóstico positivo de cáncer, asumiremos responsabilidad retroactivamente.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza provee beneficios únicamente por pérdidas que resulten de Cáncer como éstas se definen en la Póliza. No se pagarán beneficios por pérdidas resultantes de:

- 1. Ninguna otra enfermedad o padecimiento.
- 2. Ninguna enfermedad o incapacidad causada, complicada, agravada, o afectada por Cáncer.
- 3. **Esta** póliza beneficios provee únicamente por un Primer Diagnóstico de Cáncer Interno o Melanoma Maligno. Esta póliza no cubre ninguna otra enfermedad, padecimiento, o incapacidad, aunque tal otra enfermedad, padecimiento incapacidad pudiera haberse complicado, afectado o causado, directa o indirectamente, por Cáncer. pagarán beneficios No se diagnóstico de cáncer de piel, excepto Melanoma Maligno.
- 4. El beneficio por Primer Diagnóstico de Cáncer no se pagará cuando alguna consulta o tratamiento recibidos dentro del Período de Espera, o previo a la Fecha de Vigencia, condujeran al Primer Diagnóstico de Cáncer.
- 5. Limitación sobre Condiciones Preexistentes Nada de lo contenido en esta póliza se interpretará para permitir el pago por diagnóstico resultante de una Condición Preexistente, independientemente de cuándo se hiciera el diagnóstico.

INDISPUTABILIDAD. Después que esta póliza haya estado en vigencia 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 de Cáncer es preexistente a la emisión y la misma ocurre antes de los plazos

indicados, eso permitirá liberar a la Compañía de su responsabilidad de indemnizar.

El periodo de disputabilidad inicia a partir de la fecha de vigencia.

V. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

BENEFICIARIO -El beneficiario es la persona designada por Usted para recibir el beneficio por muerte. Usted puede cambiar el beneficiario en cualquier momento si lo solicita por escrito a nuestra Compañía. El cambio no tendrá efecto hasta que se haga conocimiento de la Compañía. Una vez notificado el cambio de beneficiario, entrará en vigor en la fecha en que Usted firmó la solicitud. Este cambio no aplicará a ningún pago hecho por Nosotros antes del registro de Su solicitud.

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.

VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

Sin perjuicio de otras obligaciones que se establezcan en esta póliza, son obligaciones:

DEL TOMADOR:

Pagar la prima, sea que contrate por cuenta propia o ajena, y cumplir con las obligaciones de esta póliza, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.

DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

- 1. Pagar la prima del asegurado principal y los asegurados dependientes que se incluyan en la póliza, dentro de los plazos establecidos en esta póliza.
- 2. Someterse a los exámenes médicos, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente
- 3.- En caso de siniestro, cumplir con los requerimientos contenidos en el aparte VIII AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.

DEL BENEFICIARIO:

- 1. Presentar el reclamo por Muerte natural o accidental del Asegurado o su cónyuge.
- **2.** Presentar los requisitos indicados en la presente póliza.

VII.PRIMAS

OBLIGACION DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas después de la primera son pagaderas en o antes de su fecha de vencimiento en el domicilio de la Compañía o por el medio acordado. Las primas vencen en el mismo día de la Fecha de Vigencia al comienzo de cada periodo definido por la frecuencia del pago. La prima y la frecuencia de pago aparecen en las Condiciones Particulares. El pago de una prima no mantendrá la Póliza en vigor después de la fecha de vencimiento de la próxima prima, excepto como se dispone para el **Periodo de Gracia**.

PAGO PUNTUAL DE PRIMAS. LUGAR DE PAGO. PERIODO DE GRACIA. MORA EN EL PAGO Y FORMA DE PAGO.

El pago puntual de las primas es responsabilidad del Asegurado dentro de los plazos establecidos en las presentes Condiciones Generales. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en el domicilio de la Compañía, de sus representantes o intermediarios autorizados.

La forma de pago es anual y puede realizarse mediante: cheque a nombre de la Compañía, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario en la cuenta que se le suministrará, y eventualmente el método de deducción de planilla (cuando esté disponible).

Adicionalmente, el asegurado puede escoger el pago fraccionado de su prima de acuerdo con la política de recargos indicada en la presente póliza.

Los ajustes de prima originados en modificaciones a esta póliza, deberán cancelarse en un plazo máximo de diez días naturales contados a partir de que la Compañía acepte la modificación. Si la modificación origina devolución de prima, la compañía deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles a partir de la solicitud.

El **Periodo de Gracia** para la prórroga anual de la póliza es de treinta (30) días naturales. Si al final del Periodo de Gracia, la Compañía no ha recibido la prima correspondiente, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 p.m. de la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez días hábiles a partir de cada vencimiento.

Deduciremos del monto aplicable del pago de una reclamación incurrida con arreglo a esta póliza, cualquier prima vencida y no pagada durante dicho periodo de gracia.

AJUSTES ANUALES DE LA PRIMA EN LAS PRORROGAS. Esta Póliza puede ser prorrogada si el asegurado paga la prima establecida dentro de los plazos indicados.

El Periodo de Gracia para la prórroga anual de la póliza es de treinta (30) días naturales. Si al final del Periodo de Gracia, la Compañía no ha recibido la

prima correspondiente, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus obligaciones a las 12.00 p.m. de la fecha de vencimiento, y la Compañía quedará liberada de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la mora, debiendo notificar su decisión al tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora. En los casos de pago fraccionado el plazo para el pago de la prima es de diez días hábiles a partir de cada vencimiento.

La compañía podrá modificar las primas en la presente póliza, en cualquier prórroga contractual de la póliza; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las Primas de las diversas coberturas del presente seguro, podrán ser ajustadas anualmente a la prórroga contractual de la póliza, con base a la variación del **índice de Precios de Servicios** y a **la experiencia de la siniestralidad** presentada por cartera de pólizas del presente producto durante su último año.

Específicamente el porcentaje de Ajuste anual a las primas se determinaría de la siguiente manera: el

Porcentaje de AJUSTE ANUAL DE PRIMAS sería el resultado de la suma del porcentaje de VARIACION del INDICE PRECIOS POR SERVICIOS más el porcentaje del AJUSTE POR SINIESTRALIDAD.

En donde:

 a) El porcentaje de VARIACIÓN INDICE PRECIOS SERVICIOS corresponderá a la variación interanual del *Índice de Precios de Servicios* (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica, con corte al 31 de Diciembre del año anterior al año de la renovación para las pólizas a renovar entre el 1 de Enero y 30 de Junio; y con corte al 30 de Junio del año de renovación para las pólizas a renovar entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre.

b) El porcentaje de AJUSTE POR SINIESTRALIDAD corresponderá al ajuste técnico requerido para llevar el *Índice de siniestralidad real* presentada por la cartera de pólizas del presente producto durante su último año al *Índice de siniestralidad esperada* según la Nota Técnica del producto.

AJUSTE EN LAS PRIMAS AL ALCANZAR EL ASEGURADO LOS 65 AÑOS. Las tarifas se estarán ajustando en cualquier prórroga contractual, tomando como parámetro la variación de la Tasa de Incidencia de Cáncer de los grupos de edades de 65 a 69 años, de 70 a 74 años y de 75 años y más, respecto a los grupos de edades menores a 65 años, de acuerdo con las publicaciones que al respecto realiza la Caja Costarricense de Seguro Social.

FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS. El pago de la prima es anual, sin embargo la Compañía le otorga al asegurado la facilidad de pago fraccionado, en cuyo efecto la prima fraccionada se determinaría multiplicando la prima anual por los siguientes factores:

a)Factor de PAGO SEMESTRAL es 0.50; b)Factor de PAGO TRIMESTRAL es 0.25; c)Factor de PAGO MENSUAL: 0.0833

VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.

AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS - Requisitos para la presentación de reclamos:

La Compañía, efectuará la indemnización de los beneficios cubiertos de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el Asegurado presentar los siguientes requisitos:

- Formulario de reclamación completado y firmado por Asegurado Principal o Reclamante.
- Copia de identificación con foto y firma del
- 3. Resultado de los exámenes y procedimientos médicos que se le prescribieron y practicaron.
- Formulario de Autorización para consulta de expedientes trámite de reclamaciones de salud debidamente completado y firmado.
- 5. Evidencia de condición y/o edad de cónyuge; conviviente o hijo.
- 6. Número de cédula o identificación.

Documentos adicionales para reclamaciones incurridas durante los primeros 2 años de la póliza deberá someter:

- Copia de récord de los pasados dos (2) años anteriores a la efectividad de la póliza del médico que encontró los primeros hallazgos de la condición que reclama.
- Certificación de utilización del plan médico detallado con las fechas de los servicios médicos incluyendo los códigos de diagnóstico con anterioridad a los dos (2) años de efectividad de la póliza

Documentos adicionales para Reclamación de hijo dependiente mayor de 18 hasta 24 años de edad:

 Certificación de estudiante a tiempo completo en una institución académica debidamente aprobada (con fecha al cuatrimestre o semestre anterior al periodo reclamado).

- 2. Hijos de crianza que dependan del asegurado primario deben presentar documento emitido por autoridad judicial o gubernamental competente.
- Hijos legalmente adoptados deben presentar documento emitido por autoridad judicial o gubernamental competente.

Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará la indemnización del beneficio, o bien, se comunicará por escrito la denegación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.

Las resoluciones que emita la Compañía con respecto a los reclamos, serán comunicadas a la dirección contractual suministrada por el Asegurado.

El incumplimiento del plazo para la presentación del reclamo, no conllevará efecto adverso alguno a los intereses económicos de la solicitud de indemnización del asegurado beneficiario, salvo el atraso en su gestión indemnizatoria. La pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

EXAMEN MEDICO Y AUTOPSIA - La Compañía tiene el derecho a hacer examinar a un Asegurado, cubriendo su costo, tantas veces como sea razonable desde el punto de vista médico mientras una reclamación se encuentre pendiente. También a practicar una autopsia en caso de fallecimiento, cuando no esté prohibido por ley.

PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS - El beneficio cubierto por esta póliza serán efectivos por pago al asegurado principal.

Si la muerte del Asegurado sobreviene antes de que la Compañía tenga la oportunidad de pagar el beneficio cubierto, se pagará al beneficiario designado, si lo hubiere, de lo contrario, se considerarán beneficiarios los herederos legales de la persona asegurada establecidos judicialmente. Cualesquiera otras indemnizaciones se pagarán al Asegurado. Cualquier pago hecho de buena fe por la Compañía conforme a esta disposición le relevará de responsabilidad por el importe del pago.

PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE **COLABORACION** - El asegurado debe demostrar la ocurrencia del evento que constituya el siniestro y la cuantía del reclamo, y deberá colaborar con la Compañía en todas las diligencias que procedimiento requiera el de indemnización. El incumplimiento de estas obligaciones, liberará a ésta de la obligación de indemnizar. Asimismo corresponde a la Compañía demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyan su responsabilidad o reduzcan la cuantía del reclamo alegada por el asegurado.

FRAUDULENTAS ACCIONES Todo reclamo que resultare simulado, inexacto o fraudulento en que se demuestre que el asegurado declaró con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta hechos haber sido que de declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir las obligaciones de la Compañía, será motivo para rechazar todo derecho a la indemnización por esta póliza. En este caso las primas pagadas se darán por totalmente devengadas sin perjuicio de acciones legales que pudieren corresponder. La compañía quedará

liberada de su obligación si la persona asegurada provoca el siniestro con dolo o culpa grave

PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS - Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Asegurado en un plazo de treinta días naturales (30) contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

IX. VIGENCIA. PRORROGAS, RENOVACIONES Y TERMINACION.

VIGENCIA. La vigencia de esta póliza es anual. No obstante, la póliza no entrará en vigencia hasta que la Compañía reciba la prima inicial, en el domicilio de la Compañía o por el medio acordado. La Fecha de Vigencia es también la fecha a partir de la cual se miden los años y meses de la Póliza. Un año de la Póliza es un periodo de doce meses consecutivos. Un mes de la Póliza es el periodo que comienza en el día del mes igual al de la Fecha de Vigencia y termina en el día anterior al mismo día del mes siguiente.

Si la prima inicial se paga mediante el sistema de deducción de planilla, el seguro comenzará en la fecha de la deducción siempre que la prima se reciba en nuestra Compañía. Nosotros podremos cambiar la Fecha de Vigencia para que esté de acuerdo con la fecha de recibo de la primera prima. Si cambiamos la Fecha de Vigencia le enviaremos unas nuevas Condiciones Particulares con la nueva Fecha de Vigencia.

PRORROGA O RENOVACION DE LA POLIZA. Esta Póliza es prorrogable y

podrá ser renovable por acuerdo de las partes, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Asegurado al menos con un mes de anticipación.

TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA. Esta póliza terminará en la primera que ocurra de las siguientes situaciones:

- a) La muerte del Asegurado Principal, sujeto a las disposiciones sobre continuación por el Cónyuge, el o por el Hijo Dependiente.
- b) El pago del Beneficio al Asegurado Principal, sujeto a las disposiciones sobre continuación por el Cónyuge, el Asegurado Adicional o por el Hijo Dependiente.
- c) La expiración del Periodo de Gracia sin que se haya pagado la prima vencida.
- d) Cuando Usted lo solicite por escrito.
- e) Con respecto a cualquier Asegurado;
 - Cuando termine su seguro bajo la Póliza;
- 2. Una vez pagados los beneficios por Primer Diagnóstico de Cáncer.

Hijo dependiente: El seguro de un hijo dependiente terminará: (a) cuando termine la Póliza, (b) cuando cese de cumplir con la definición de hijo dependiente, o (c) si es hijastro, cuando termine el seguro del Cónyuge, lo que ocurra primero.

No obstante, el seguro de un hijo dependiente no terminará por razón de haber alcanzado la edad de 18 años, si al alcanzar esa edad se encuentra incapaz de sostenerse por sus propios medios debido a impedimento físico o retardo mental. La cobertura del hijo continuará mientras dure la incapacidad y la Póliza se encuentre vigente. La Compañía podrá

requerir prueba de la continuidad de tal incapacidad y dependencia a intervalos razonables pero no más frecuentemente que una vez al año. Si la prueba no se provee dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha en que se requiera por Nosotros, la cobertura del hijo dependiente terminará.

Cónyuge o conviviente: El seguro del Cónyuge terminará: (a) cuando termine la Póliza, (b) cuando cese de cumplir con la definición de Cónyuge del Asegurado Principal, o (c) cuando Usted los solicite por escrito, lo que ocurra primero.

CONTINUACIÓN DE LA POLIZA: A la muerte del Asegurado Principal, el Cónyuge o hijos dependientes, podrá continuar con el seguro si lo solicita por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes a la muerte:

- a) Si se trata de un Plan Familiar, se emitirá una nueva póliza bajo un Plan de Padre Soltero/ Madre Soltera y el Cónyuge será el Asegurado Principal.
- b) Si se trata de un Plan de Pareja, la nueva póliza será bajo un Plan Individual y el Cónyuge será el Asegurado Principal.
- Si el seguro de un hijo dependiente termina por razón de haber alcanzado la edad límite, éste podrá continuar con su seguro bajo una nueva póliza individual si lo solicita por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes a la terminación de su cobertura bajo la Póliza.

Nosotros emitiremos la nueva póliza sin requerir evidencia de asegurabilidad. Las disposiciones sobre periodos de espera y límite de tiempo para ciertas defensas en la nueva póliza tomarán en consideración el tiempo transcurrido con respecto a esas disposiciones en esta póliza. La nueva póliza será en la forma que para

esa fecha sea emitida corrientemente por Nosotros. La prima será de acuerdo con el plan y la edad alcanzada en la fecha de efectividad de la nueva póliza.

TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO

El Asegurado puede terminar el contrato en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos 30 días de anticipación. La terminación anticipada del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

El asegurador tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada. Sin embargo, en el caso de que existan reclamaciones, la compañía tendrá derecho a cobrar las primas pendientes del periodo, las cuales se estimarán devengadas.

CANCELACION y RESCISION DE LA POLIZA -La cobertura de seguros bajo esta Póliza será cancelada o rescindida en los siguientes casos:

a) En los casos de omisión o inexactitud no intencionales en la declaración del riesgo, cuando la compañía demuestre que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado procederá a rescindir el contrato dentro del plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.

b) En caso de las personas obligadas a entregar la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Lev sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas) que no entreguen la información solicitada, Compañía procederá con cancelación de la solicitud o de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

X. CONDICIONES VARIAS.

DECLARACIONES EN LA SOLICITUD. Esta Póliza se emite tomando en consideración que las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas.

RETICENCIA 0 **FALSFDAD** FN **DECLARACION DEL RIESGO.** La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa absoluta del contrato, 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 equivoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si existiere omisión o inexactitud no intencionales de parte de las Personas Aseguradas se procederá de la siguiente manera:

- a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al tomador la modificación del contrato, la cuál será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días naturales después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
- b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.
- c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

INFORMES DE **MEDICOS** Υ DE **HOSPITALES** - Los Médicos y Hospitales deben facilitar a la Compañía informes necesarios a fin de determinar los Beneficios a que tiene derecho el Asegurado, para ello el Asegurado debe autorizar a su Médico y Hospital a facilitar a la Compañía todos sus records médicos, e igual autorización deberán emitir los Asegurados Dependientes. Esta es una condición para que la Compañía pueda proveer cobertura, y una condición continua permanente para que se puedan pagar beneficios de esta póliza. Tanto el Asegurado, como Cónyuge su

conviviente y los Dependientes, deben autorizar expresamente a las siguientes entidades para que faciliten su historial y su información médica a nuestra Compañía:

- a) Cualquier Médico que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y
- b) Cualquier Hospital en el cual un Asegurado haya sido tratado o diagnosticado.
- c) El Asegurado debe autorizarlos a que proporcionen a la Compañía toda y cualquier información relacionada con servicios, cuidados o facilidades coberturas en cualquier momento en esta Póliza, hasta donde sea requerido por una situación particular y permitida por las leyes pertinentes. El Asegurado también autoriza expresamente a la Compañía a obtener de cualquier otra Compañía Aseguradora o servicio o plan de beneficios, la información que consideremos necesaria a fin de determinar nuestras obligaciones bajo esta Póliza.

RECTIFICACION DE LA POLIZA. Si el contenido de la póliza difiere de la propuesta solicitud de seguro, prevalecerá la póliza. Sin embargo, el Asegurado tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza, para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza. Transcurrido este plazo caducará el derecho de la persona asegurada de solicitar rectificación de la póliza

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. La Compañía tiene el derecho de adicionar a o modificar cualquier parte de esta Póliza. Cualquier cambio, incluyendo cualquier aumento o reducción en la prima, tendrá efecto únicamente en una fecha de Aniversario de la Póliza y entrará a los treinta (30) días en vigencia naturales siguientes a la notificación que sobre tales cambios haya sido enviada al Asegurado a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual O al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato, por medio de Anexo o Endoso firmado por un oficial o funcionario autorizado de la Compañía. Ningún agente está autorizado para modificar, cambiar o renunciar a ninguna disposición de esta Póliza. modificación será válida únicamente si se hace por escrito y se aprueba por el Gerente General. Nosotros podemos requerirle que Usted envíe esta Póliza para endosarla de forma que muestre cualquier cambio efectuado.

CONFIDENCIALIDAD DF LA INFORMACION - La información que sea suministrada por las personas Aseguradas a la Compañía con ocasión de esta Póliza, estará protegida por el derecho a la intimidad y confidencialidad, autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines levantamiento de de la confidencialidad y el alcance de la diseminación de los datos. Quedan a salvo del deber de confidencialidad los datos que sea necesario exponer ante cualquier autoridad competente. Queda prohibida la divulgación de datos no relacionados directamente con el conflicto. La violación del derecho de confidencialidad será causa suficiente para que el propietario de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

MONEDA

Todos los pagos de primas deberán ser en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.). No obstante, el pago de primas se podrá efectuar en moneda nacional (colones) utilizando la tasa oficial de cambio del Banco Central vigente al día en que se realice el pago.

Cuando el pago de primas se realice en moneda nacional (colones), la indenmnización por pérdidas se efectuara en moneda nacional (colones). Cuando el pago de primas se realice en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.) la indenmnización por pérdidas se efectuara en Dólares de los Estados Unidos de América (U.S.A.).

En lo referente a la indemnización por pérdidas, utilizaremos la tasa oficial de cambio del Banco Central de Costa Rica, correspondiente a la fecha en que la pérdida totalmente documentada fue pagada por el Asegurado; o cuando la pérdida fuese asignada por la compañía. Utilizaremos la fecha más favorable al asegurado.

PRESCRIPCION - Todos los derechos derivados de esta póliza prescribirán en un plazo de cuatro (4) años, que se contarán a partir del momento en que tales derechos sean exigibles por la parte que los reclama.

PAGOS INDEBIDOS - Si la Compañía por error de hecho o de derecho, incurriere

en un pago indebido, tendrá acción para establecer acción de reintegro de lo pagado, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

CESION - Esta póliza es intransferible. La cobertura y los beneficios no pueden ser cedidos. La Compañía no asume responsabilidad en cuanto a la facilidad o al efecto de cualquier cesión.

OTROS SEGUROS CON NOSOTROS - Si el Asegurado tiene cobertura vigente bajo una o más pólizas similares a esta Póliza, pagaremos beneficios bajo la Póliza que Usted elija y devolveremos las primas pagadas por todas las otras pólizas.

LEGITIMACION DE CAPITALES - Todas las personas aseguradas en esta póliza así como los beneficiarios, se comprometen a proporcionar a la Compañía en cualquier tiempo del contrato, la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales. En caso de que exista negativa de las personas obligadas a cumplir con este requisito, la Compañía procederá con la cancelación de la solicitud o de la la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.

RESOLUCIONES ΕN SEDE ADMINISTRATIVA. Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resultas en sede administrativa según siguiente el procedimiento: Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole claridad los motivos del rechazo o declinatoria del reclamo, mediante comunicación que dirigirá a la dirección señalada por el Asegurado.

El Asegurado podrá apelar dicha resolución en un plazo de diez días hábiles (10) a partir de la notificación, indicando los argumentos y elementos de prueba en que fundamenta su disconformidad.

El Asegurado podrá asimismo solicitar revisión de los montos de indemnización que haya fijado la Compañía con base en los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. La Compañía estará obligada a revisar y a determinar si efectivamente corresponden a dichos costos.

MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. Asimismo, si ambas partes así lo acuerdan podrán acudir a resolver sus controversias a los medios alternos de solución de conflictos, establecidos en la Ley sobre Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social No. 7727 de 9 de diciembre de 1997, o bien acudir a la vía judicial.

ACCION LEGAL CONTRA LA COMPAÑÍA -

No se presentará ninguna acción legal contra la Compañía requiriendo el pago de beneficios, antes de transcurridos treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que el asegurado entregó la totalidad de la información de acuerdo con los requisitos de la póliza.

TRIBUNAL CON JURISDICCION - Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser

presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

COMUNICACIONES - Toda comunicación relacionada con esta póliza efectuada por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o su auien en nombre eierza representación o bien la enviará por correo ordinario a la dirección señalada por el asegurado en la solicitud de seguro como dirección contractual o al medio reportado por el Asegurado para recibir las notificaciones o comunicaciones de este contrato: un lugar y/o apartado postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio que permita y garantice la seguridad del acto de comunicación. Para los efectos de esta póliza, el DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO, será la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última que haya sido reportada a la Compañía.

El Asegurado deberá reportar a la Compañía por escrito o a través del intermediario autorizado todo cambio de dirección o domicilio, de lo contrario se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, o dirección de correo electrónico, apartado postal, fax o el medio que haya sido proporcionado por el Asegurado.

El Asegurado puede dirigir sus comunicaciones a la Compañía a:

Dirección: Cantón Central de la Provincia de San José, Costa Rica, esquina de la calle 25 con Avenida 8. Número de Fax: 2248-4684 o al correo electrónico contactanos@bcbscostarica.com

En caso de que alguno no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, Notificaciones Judiciales, de 4 de diciembre de 2008, y demás legislación aplicable.

XIII- DISPOSICIONES FINALES.

RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y USO DE LA MARCA. El asegurado y sus dependientes expresamente entienden y reconocen que esta póliza constituye un contrato en que partes las exclusivamente asegurado, el sus dependientes y Triple-S Blue, Inc., compañía que a través de BlueCross BlueShield Costa Rica, que es una corporación independiente que opera bajo una licencia de la BlueCross and BlueShield Association, una asociación de planes independientes BlueCross and BlueShield, que permite a BlueCross BlueShield Costa Rica usar las marcas de servicio Blue Cross® y Blue Shield®en el territorio de la República de Costa Rica. BlueCross BlueShield Costa Rica no está contratada como agente de la Asociación, en este caso Triple-S Blue, Inc. lo que tiene es licencia para el uso de la marca.

El asegurado y sus dependientes entienden que no han adquirido esta póliza basado en representaciones de

personas ajenas a Triple-S Blue, Inc. a través de BlueCross BlueShield Costa Rica y que ninguna persona, entidad u organización ajena a BlueCross BlueShield Costa Rica podrá ser responsable por cualquier obligación de BlueCross BlueShield Costa Rica hacia el asegurado o sus dependientes bajo esta póliza. Lo anteriormente expresado no crea responsabilidades adicionales a las ya creadas bajo esta póliza.

LEGISLACION APLICABLE - El presente contrato de seguro se rige por la legislación de la República de Costa Rica. En lo que no esté previsto en sus estipulaciones por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros No. 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros No. 8956, el Código Civil y el Código de Comercio.

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, incido d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha



Seguro de Indemnización Primer Diagnóstico de Cáncer - Solicitud Nómina

Este documento solo constituye pa										misma	será	aceptad	a por la	empresa
de seguros, ni de que, en caso de a			concu			minos	de la		ıd.					
Lugar:	F	echa de emisión:		Vigencia:		/	/	Hasta	/_					
PARTE I			ASE	GURADO PRINCIPAI									, ,	
				Identificación								cimiento	Edad	Sexo
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO				Núm. Cedula:		Pasap						/ Año		□F□M
Dirección para Comunicaciones : Provinc	cia	Cantón		Distrito		Al	parta	ido Postal	/ Fax/ C	Correo E	Electró	nico		
Otras señas:														
Domicilio exacto: Provincia		_Cantón		Distrito		Apa	artad	lo Postal /	Fax/ Co	orreo El	ectrón	ico		
Otras señas:														
Dirección Postal para Comunicaciones: F	Provincia	Ca	antón_	Dist	rito	A	parta	ado Postal	I / Fax/	Correo	Electro	ónico		
Otras señas:														
Patrono y Dirección				Ocupación		Tie	empo	o en el Em	pleo		Salar	io o Ingre	so Anua	I
Nacionalidad	Aparta	ado Postal /Fax/Co	rreo e	lectrónico				Teléfono	Trabaio)		ono Resid		
PARTE II	7.100.00	☐ CÓNYUGE		CONVIVIENT	rc							0110 110010	errera	
PARTEII		LI CONTUGE				- \ T'	(.)	- I-	ı	5l	-l - NI -		l e a - a l	6
				Identificación	(incluya Copi							cimiento	Edad	Sexo
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO	NOMBE			Núm. Cedula:		Pasap	oorte	!:		Dia	/ ivies	/ Año	<u> </u>	
PARTE III		PLAN	Y CUE	BIERTAS SELECCIONA	ADAS									
					PL	AN /	PR	IMASI	MENS	UAL	E S			
- 4 4														
PÓLIZA BÁSI				Individual	Padre/Mad		era		monio/	,			Familia	
1 0-55 1 56-65	□ 66+			[Código Plan]	[Código	Plan]		[Co	ódigo Pl	an]		[Co	ódigo Pl	an]
				٨								ı ċ		
				>	□\$			□\$				I \$		
R	Recargo p	or Fraccionamient	:0	\$	\$			\$				\$		
			_	<u> </u>										
	TC	OTAL PRIMA MENSUA	AL	\$	\$			\$				\$		
PARTE IV				HIJOS DEPENDIEN	TES									
Nombre Completo del Dependiente		Identificaciór	1	Fecha de Naci		Edad	7		Parente	2500		М		F
Nombre complete del Dependiente		identificación	'	T CCHA GC TVGCI	imento	Luuc			rarciite	2300		141		<u>'</u>
PARTE V DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	OS DEL AS	SEGURADO PRINCI	PAL.	1				1						
Beneficiario 1 → Nombre	e:			1er apellido:				2º ape						
Nº de identificación ↓				Tipo de documento		l (Por fa	avor		_	า una "ኦ				
		Cédula de identida	ad	☐ Cédula d	le residencia			☐ Pasap	orte		☐ Oti			
Parentesco ↓		Sexo		F	echa de nacin	niento				Po	rcenta	je del ben	eficio ↓	,
	☐ Fem	enino	ulino	Día:	Mes:	4	۱ño:							
<u>Domicilio</u> del benefici	iario >													
Teléfono/e-mail del bene	eficiario -	>												
Beneficiario 2 → Nombre	e:			1er apellido:				2º ape	llido:					
Nº de identificación ↓				Tipo de documento	de identidad	l (Por fa	avor	marcar el	tipo cor	າ una "າ	(")			
		Cédula de identida	ad	☐ Cédula d	le residencia			☐ Pasap	orte		☐ Oti	ro		
Parentesco ↓		Sexo		F	echa de nacimiento						rcentaje del beneficio 🗸			,
	☐ Fem	enino 🗆 Masci	ulino	Día:	Mes:	-	۱ño:					-		
Domicilio del benefici	iario >	"							ı					
Teléfono/e-mail del bene		>												
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL C	,													
Beneficiario 1 → Nombre		0 0011111121		1er apellido:				2º ape	llido:					
№ de identificación ↓	·-			Tipo de documento	de identidad	l (Por f	avor i			1 III2 "\	/"\			
ii de identificación y		Cédula de identida			le residencia	. (1 01 10	. VOI	□ Pasar	_	· una /	Oti	ro		
Parentesco ↓		Sexo	au			nionto		L i asap	l	Do		je del ben	oficio I	
Latentesco A	☐ Fem		ulina	Día:	echa de nacin Mes:		۱ño:			P0	ı cenild	je dei beli	encio 4	,
Dominilia dal harafia		emilo Li ividSCI	umio	Dia.	IVICS.	F	AIIU.		l .					
<u>Domicilio</u> del benefici														
Teléfono/e-mail del bene		7		100000011111				20	llida:					
Beneficiario 2 → Nombro	e:			1er apellido:	ala tale est d	I /Darf		2º ape			.//\			
№ de identificación ↓		0(41-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-		Tipo de documento		ı (Por fa	avor			n una ">				
	Ц	Cédula de identida	ad		le residencia			☐ Pasap	orte		Otı		· · ·	
Parentesco ↓		Sexo			echa de nacin					Po	rcenta	je del ben	eticio 🗸	,
	☐ Fem	enino Masci	ulino	Día:	Mes:	Α.	۱ño:							
<u>Domicilio</u> del benefici														
Teléfono/e-mail del bene	eficiario -	>												



Triple – S Blue, Inc.

											,	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	OS DE HIJ	IOS DEPENDIENTE	S.									
Beneficiario 1 →	Nombr	'										
Nº de identificación ↓			Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")									
		☐ Cédula d	de identid	lad	☐ Cédula d	de residencia		☐ Pasapo	orte 🔲	Otro		
Parentesco ↓		Se	exo		F	echa de nacimien	to		Porcer	ntaje del beneficio	\downarrow	
		☐ Femenino	☐ Masc	culino	Día:	Mes:	Año:					
Domicilio del	l benefic	iario →			•		I	<u> </u>				
Teléfono/e-mail	del ben	eficiario →										
Beneficiario 2 →	Nombr			ı	1er apellido:			2º apell	ido:			
Nº de identificación ↓				Ti	<u> </u>	o de identidad (Po	nr favor m					
Traciación V		☐ Cédula d	de identid			de residencia		☐ Pasapo	·	Otro		
Parentesco ↓			exo	iuu		echa de nacimien	to	- пазар		ntaje del beneficio	J	
Turchiteseo V		☐ Femenino	☐ Masc	ulino	Día:	Mes:	Año:		1 01001	itaje dei benencio	<u> </u>	
Domicilio del	l honofic		□ iviasc	Julillo	Dia.	ivies.	Allo.					
Teléfono/e-mail			-0									
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO			:5.		T							
Beneficiario 1 →	Nombr	e:			1er apellido:			2º apell				
Nº de identificación ↓						o de identidad (Po	or favor m		·			
		☐ Cédula d	de identid	lad	☐ Cédula d	de residencia		☐ Pasapo		Otro		
Parentesco ↓		Se	exo		F	echa de nacimien	to		Porcer	ntaje del beneficio	\downarrow	
		☐ Femenino	☐ Masc	culino	Día:	Mes:	Año:					
<u>Domicilio</u> de	l benefic	iario →										
Teléfono/e-mail	del ben	eficiario →										
Beneficiario 2 →	Nombr	e:			1er apellido:			2º apell	ido:			
Nº de identificación ↓				Tij		o de identidad (Po	r favor m	narcar el t	ipo con una "x")			
-		☐ Cédula d	de identid	lad	☐ Cédula d	de residencia		☐ Pasapo	orte 🗆	Otro		
Parentesco ↓			exo			echa de nacimien	to			ntaje del beneficio	<u> </u>	
		☐ Femenino	☐ Masc	rulino	Día:	Mes:	Año:			,.	•	
Domicilio del	Lhonofic		- IVIUSC		Diu.	IVICS.	Allo.					
Teléfono/e-mail												
			· C									
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO			:5.		1							
Beneficiario 1 →	Nombr	e:			1er apellido:			2º apell				
Nº de identificación ↓						o de identidad (Po	r favor m					
		☐ Cédula d		lad	☐ Cédula d	de residencia		☐ Pasapo		Otro		
Parentesco ↓		Se	exo		F	echa de nacimien	to		Porcer	ntaje del beneficio	↓	
		☐ Femenino	☐ Masc	ulino	Día:	Mes:	Año:					
<u>Domicilio</u> de	l benefic	iario >										
Teléfono/e-mail	l del ben	eficiario >										
Beneficiario 2 →	Nombr	e:			1er apellido:			2º apell	ido:			
Nº de identificación ↓				Tij	po de documento	o de identidad (Po	or favor m	narcar el t	ipo con una "x")			
		☐ Cédula d	de identid	lad	☐ Cédula d	de residencia		☐ Pasapo	orte 🗆	Otro		
Parentesco ↓		Se	exo		Fecha de nacimiento		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		Porcer	Porcentaje del beneficio ↓		
•		☐ Femenino	☐ Masc	ulino	Día:	Mes:	Año:				<u> </u>	
<u>Domicilio</u> de	l hanafic		<u> </u>		Dia.	IVICS.	71110.	1				
Teléfono/e-mail												
•	aci belli	chicianio 7		<u> </u>								
PARTE VIII												
A CUALQUIER PERSONA PROPI	UESTO P	ARA SEGURO:										
1) :Co lo bo diagnosticado o	tratada	alauna vaz a tia		imionto	do algún nadaci	imianta day diaba	atas bias	ndo náno	waas riään nafri	itic		
1) ¿Se le ha diagnosticado o enfisema, tuberculosis, pleu												
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-				_		-	-	1 1 1 1	☐ No	
relacionada al sistema mus			, circulat	orio, aig	estivo o respira	itorio, genitourina	ario, end	iocrino, i	nmunologico o i	uso		
excesivo del alcohol o droga	is que cre	ean nabitor										
2) ¿Ha sido hospitalizado por a	lgún mo	tivo o le han reali	zado algu	na cirugía	durante los últir	mos cinco años?				☐ Sí	□ No	
3) ¿Se le ha diagnosticado o ha	recibido	tratamiento por	SIDA o Af	RC? (Cond	diciones relaciona	adas al SIDA)				☐ Sí	☐ No	
4) ¿Ha solicitado en algún mon conceda beneficios por incap			n la actua	alidad ber	neficios de Segur	ro Social, o de cua	alquier ot	ro plan p	úblico o privado o	que 🗖 Sí	□No	
5) ¿Ha sido examinado, recibid pecho, angina, enfermedade	lo tratan	niento o se le ha i			•	•		-	•	de 🗖 Sí	☐ No	
6) ¿Practicó, practica, o espera			-		<u> </u>	, oo, ataques isque		o.memeane	.00:	☐ Sí	□No	
7) ¿Se les ha recomendado son	•		•			otro tipo de prueb	oa para d	escubrir u	ın posible tumor	☐ Sí	□No	
maligno, leucemia o cualqui					•			_ ,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	اد ت		

DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, CIRCULE LA CONDICIÓN Y PROVEA LOS DETALLES A CONTINUACIÓN: (En caso de necesitar más espacio, favor anexar las hojas con el respectivo detalle y firmadas por el solicitante)



				Triple – S Blue, Inc.
Fecha de Diagnóstico	Nombre de la persona	Padecimiento y Detalles		Médico que la atendió/Dirección
		250122400		
Cortifica ava la in	formación aquí cuministrada nos r	DECLARACION	tandimianta y aya ni a mí r	ni a ninguna de las personas propuestas
Certifico que he le que sea frauduler entrará en vigor h Detalle las pólizas Por la presente, au compañía de segur solicitud de seguro BCBS Costa Rica suscripción de la asegurado en que Manifiesto de ma forman parte int consideración que puede causar que intento de fraude BCBS Costa Rica T	ra descubrir un posible tumor ma quien ha eido, o se me ha leido la solicitud nta o material para la aceptación nasta que la primera prima haya se de cáncer activas con BCBS Costa autorizo a cualquier médico autorizados y cualquier otra persona, organiza a revelar la misma a BCBS Costa Ric Triple-S Blue, Inc. por mandato presente póliza, queda tutelada se indique lo contrario o por requience inequívoca que he leido to egrante de esta póliza y que las el todas las respuestas dadas a tore cualquier reclamación fuere recla contra la Compañía y conllevar la Triple-S Blue, Inc., se reserva el diriple-S B	aligno, leucemia o cualquier otra mara de ser excluido de cualquier cubierta completada y entiendo que cualquie del riesgo podría resultar en pérdida ido pagada. Rica Triple-S Blue, Inc. a nombre del do, practicante de medicina, clínica, hosación o institución que tenga algún hista Triple-S Blue, Inc. Una copia fotostáti de ley está obligada y por tanto se por el derecho a la intimidad y coerimiento de la autoridad judicial. das las preguntas contenidas tanto es respuestas a las mismas son ciert das las preguntas de la solicitud son nazada, asimismo, entiendo que la fa devolución de la prima y la cancelaci erecho de aceptar, postergar o recha	ifestación sugestiva de cán de tratamiento de cáncer. In declaración falsa o repres de cubierta bajo la póliza. In asegurado primario (si aplica spital o cualquier otra instituorial médico sobre mi person ca de esta autorización será tompromete, a que la infonfidencialidad, salvo manican este formulario como e as, completas y verdadera veraces y completas. Cualusedad u omisión de cualquón del contrato de seguro. Izar esta solicitud de seguro. In accompanyo de seguro de seguro. In accompanyo de seguro	entación incorrecta hecha en la misma Entiendo además, que ningún seguro ca): ción médica relacionada con la medicina, na o sobre alguna persona incluida en esta
-		e complejidad, la respuesta se dará en		
	_	nformación necesaria previo al perfe		
•	•			echa:
·				
	-	Primario:		echa:
CERTIFICO que pers	onalmente le hice al firmante todas las	preguntas en esta solicitud y que ne anot	ado fielmente la información s	uministrada por éste.
	onalmente le hice al firmante todas las ombre Intermediario	Firma Intermediario	ado fielmente la información sı 	uministrada por éste. Lugar y Fecha
No.	ombre Intermediario n contractual y la nota técnica que	Firma Intermediario	Código Código ados ante la Superintenden	Lugar y Fecha cia General de Seguros de conformidad
No.	n contractual y la nota técnica que n el artículo 29, inciso d) de la Ley	Firma Intermediario integran este producto, están registr	Código Código ados ante la Superintenden Ley 8653, bajo el Registro	Lugar y Fecha cia General de Seguros de conformidad
La documentación con lo dispuesto e BlueCross Costa Rica Triple – S Blue Autorizo a mi patro	n contractual y la nota técnica que n el artículo 29, inciso d) de la Ley BlueShield re, Inc. PAG	Firma Intermediario integran este producto, están registr Reguladora del Mercado de Seguros, AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN NO O DE PRIMA PÓLIZA DE PRIMER DIAGNO a deducir de mi salario la	Código Código Código Código Cómina para Cómina para Cóstico de cáncer Cantidad de \$, pa	Lugar y Fecha cia General de Seguros de conformidad
La documentación con lo dispuesto e BlueCross Costa Rica Triple – S Blue Autorizo a mi patro través de BCBS Costa Costa Rica Rica Costa Rica Rica Rica Rica Rica Rica Rica Ric	ombre Intermediario n contractual y la nota técnica que n el artículo 29, inciso d) de la Ley BlueShield ne, Inc. PAG	Firma Intermediario integran este producto, están registr Reguladora del Mercado de Seguros, AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN NO O DE PRIMA PÓLIZA DE PRIMER DIAGNO a deducir de mi salario la	Código Código Código Código Cómina para Cómina para Cóstico de cáncer Cantidad de \$, pa	Lugar y Fecha cia General de Seguros de conformidadde fecha2014.
La documentación con lo dispuesto e BlueCross Costa Rica Triple – S Blue Autorizo a mi patro través de BCBS Costa Costa Rica Rica Costa Rica Rica Rica Rica Rica Rica Rica Ric	n contractual y la nota técnica que n el artículo 29, inciso d) de la Ley BlueShield ie, Inc. PAG no	Firma Intermediario integran este producto, están registr Reguladora del Mercado de Seguros, AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN NO O DE PRIMA PÓLIZA DE PRIMER DIAGNO a deducir de mi salario la	Código Código Código Código Código Código Comina para A CÓSTICO DE CÁNCER Cantidad de \$, para por nómina por concepto de	Lugar y Fecha cia General de Seguros de conformidad de fecha2014. ura el pago de prima de la póliza adquirida a otro plan de seguro similar con la compañía



Triple - S Blue, Inc.

Núm.

Seguro de Indemnización Primer Diagnóstico de Cáncer - Solicitud Pago Directo

Este documento solo con								_	_	-	e la m	iisma s	erá acep	tada p	or la e	mpr	esa
de seguros, ni de que, en	caso de ace				ncuerae to			rmi '			,	,	,				
Lugar:		Fee	cha de emi		ACECUBADO		icia: Desde	<u>/</u>	/ / !	Hasta			/				
PARTE I					ASEGURADO			\	T' (- -		- 1			[11	<u> </u>	_
							ión (Incluya Co		=				le Nacimie		lad	Sex	
PRIMER APELLIDO SEGUN				Cantán		im. Cedu	rito		Pasaporte:		Co		Mes / Año)	_ L	JF [J IVI
Dirección para Comunicacion	nes : Provincia			Cantón		DIST	rito		_ Apartado	Postal / F	·ax/ co	rreo Ele	ectronico_				
Otras señas: Domicilio exacto: Provincia			`antón		Di	ictrito			Anartado I	Postal / Fa	v/ Cor	ran Flar	trónico				
Otras señas:			anton			1311110				Ostal / 1 c	ixy COI	I EU LIEC	ctroffico				
Dirección Postal para Comun	icaciones: Pro	wincia		Cant	ón		Distrito		Δnartado	n Postal /	Fay/ Co	orreo Fl	ectrónico				
Otras señas:	ilcaciones. i re	viiicia		Carre	011	'	DISTI 11.0		Apartaut	J i Ostai /	i axy Co	orreo Er	ectionico_				
Patrono y Dirección					Ocupaci	ón			Tiempo ei	a al Emple			Salario o Ir	aroso A	nual		
·		A II	- D1-1 /	/6										_			
Nacionalidad		Apartad			o electrónic				Te	léfono Tra	арајо		Teléfono R	esidenc	ıa		
PARTE II				NYUGE		CONVIVI											
							ión (Incluya Co		•	1:			le Nacimie		lad	Sex	-
PRIMER APELLIDO SEGUN	IDO APELLIDO	NOMBRE			Nú	im. Cedı	ula:	F	Pasaporte:_			Día /	Mes / Año			JF [JM
PARTE III				PLAN Y	CUBIERTAS :	SELECCI	ONADAS										
									PLAN /	PRIMA	S M	ENSU	ALES				
	5. ()		- /						<u> </u>								
	r Diagnóst			•			ndividual	P	adre/Madre				/Pareja		Famili		
	J 0-55 🗖 56	-65 🗖 6	6+			[C	ódigo Plan]		[Código F	Plan]	[0	Código I	Plan]	[C	ódigo	Plan]	
									1.6		7			7.			
						□ \$_			J \$		□ \$_			□\$_			
	Recargo por Fraccionamiento \$							\$		\$			\$_				
						ć -											
			Т	OTAL PRIN	//A MENSUAL	\$_			\$		\$_			\$_			
PARTE IV					HIJOS I	DEPEND	IENTES										
Nombre Completo del Deper	ndiente			lo	dentificaciór	n	Fecha de N	Vacin	niento	Edad		Р	arentesco		Ν	1	F
PARTE V DESIGNACIÓN DE BE	NEFICIARIOS	DEL ASE	GURADO	PRINCIPA													
	ombre:				1er apellio					ellido:							
Nº de identificación ↓							o de identidad	(Por									
			de identid	ad	☐ Céd		esidencia		☐ Pasapoi	rte	□ Otro						
Parentesco ↓			exo			Fech	na de nacimien	-				Porcent	taje del be	neficio	<u> </u>		
	☐ Fem		☐ Masc	ulino	Día:	ľ	Mes:	Αñ	io:								
	beneficiario -																
Teléfono/e-mail		io →															
	ombre:				1er apellio		1	15	2º ap			<i>"</i> "					
№ de identificación ↓		0111	1 . 1				o de identidad	(Por									
Domentone I			de identid	ad	□ Ced		esidencia		☐ Pasapoi	rte	☐ Otro Porcentaje del beneficio ↓						
Parentesco ↓			exo		D/a		na de nacimien					Porcent	taje dei be	neticio	<u> </u>		
Damielle del	□ Fem beneficiario -		☐ Masc	ulino	Día:	l r	Mes:	Añ	10:								
Teléfono/e-mail				NITE													
DESIGNACIÓN DE BENEFICIA		NYUGE C	CONVIVI	ENTE.	4 112	4 -			20	-111-1							
	ombre:				1er apellio			/D	- 1	ellido:		. (())					
№ de identificación ↓		C 4 d l a	مام : مام مام				o de identidad	(Por									
Daniel Land			de identid	au	□ Cec		residencia		☐ Pasapoi	te	□ Otro						
Parentesco ↓	☐ Fem		exo	ulina	Día		na de nacimien					Porcent	taje del be	nencio	<u> </u>		
Dominilia del	beneficiario -		☐ Masc	ullilO	Día:	l L	Mes:	Añ	10:	1							
Teléfono/e-mail																	
•	dei beneficiar ombre:	10 7			1or analli	do:			20 00	ellido:							
	onible.				1er apellio		o de identidad	/Dor			on	. ","\					
Nº de identificación ↓		Cádula	de identid	ad				(POr									
Parentesco ↓	\dashv		ae iaentia exo	au	_ ∟ ced		esidencia na de nacimien	to.	☐ Pasapoi	le	□ Otro		taje del be	noficio	1		
raieillesCO V	☐ Fem		exo ☐ Maso	uline	Día:		na de nacimien Mes:	Añ	io:	+		orcent	aje dei be	HEHLIO	Ψ		
Domicilio dal	beneficiario -		ivias(amio	ыа.	[[vica.	AII	10.	1							
Teléfono/e-mail																	
releiono/e-mail	uei neilelikldi	10 /															



Triple – S Blue, Inc.

DECICNACIÓN DE DENESICIADIOS	DE LUIOS DEDENIS	NENTEC								
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		JIENTES.								
Beneficiario 1 → Nombr										
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")									
	☐ Cédula de identidad ☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro									
Parentesco ↓	Sexo Fecha de nacimiento Porcentaje del benefici						io ↓			
,	☐ Femenino	☐ Maso	culino	Día:	Mes:	Año:		•	•	
Domicilio del bene		- Ivias	I	Dia.	14163.	71110.	I			
Teléfono/e-mail del b				4 11:1			20 11:1			
Beneficiario 2 → Nombr										
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")								
	☐ Cédula	de identio	dad	☐ Cédula de residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro						
Parentesco ↓	S	exo		F	echa de nacimient	to		Porcentaje del benefic	io ↓	
	☐ Femenino	☐ Maso	culino	Día:	Mes:	Año:				
Domicilio del bene	eficiario →				•					
Teléfono/e-mail del b										
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		IDIENTEC								
		NDIEN I ES	•							
Beneficiario 1 → Nombr	e:			1er apellido:			2º apellido:			
Nº de identificación ↓				Tipo de docume	nto de identidad (Por favo	r marcar el tip	oo con una "x")		
	☐ Cédula	de identio	dad	☐ Cédula d	le residencia		Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco ↓	S	exo		F	echa de nacimient	to		Porcentaje del benefic	io ↓	
	☐ Femenino	☐ Maso	culino	Día:	Mes:	Año:		•		
Domicilio del bene				- 141			l l			
Teléfono/e-mail del b										
·				A Illial .			20 1111-1			
Beneficiario 2 → Nombr	e:			1er apellido:			2º apellido:			
№ de identificación ↓					nto de identidad (
	☐ Cédula	de identio	dad	☐ Cédula d	le residencia		Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco ↓	S	exo		Fe	echa de nacimient	to		Porcentaje del benefic	io ↓	
	☐ Femenino	☐ Maso	culino	Día:	Mes:	Año:				
Domicilio del bene	ficiario →	U		•	•					
Teléfono/e-mail del b										
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		NENITES								
		JIENTES.		A			20 1111-1			
Beneficiario 1 → Nombr	e:			1er apellido:			2º apellido:			
№ de identificación ↓					nto de identidad (
	☐ Cédula	de identio	dad	☐ Cédula d	le residencia		Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco ↓	S	exo		F	echa de nacimient	to		Porcentaje del benefic	io ↓	
	☐ Femenino	☐ Maso	culino	Día:	Mes:	Año:				
Domicilio del bene	ficiario →	•					•			
Teléfono/e-mail del b										
Beneficiario 2 → Nombr			1	1er apellido:			2º apellido:			
Nº de identificación ↓	е.				nto de identidad ('D f				
Nº de identificación ↓	—							· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
	☐ Cédula	de identio	lad		le residencia		Pasaporte	☐ Otro		
Parentesco ↓	S	exo		F	echa de nacimient	to		Porcentaje del benefic	io ↓	
	☐ Femenino	☐ Mase	culino	Día:	Mes:	Año:				
<u>Domicilio</u> del bene	eficiario →									
Teléfono/e-mail del b	eneficiario →									
PARTE VI										
PARTE VI										
A CUALQUIER PERSONA PROPUE	STO PARA SEGUE	RO:								
1) ¿Se le ha diagnosticado o tra	tado alguna voz	o tiono	conocimi	onto do algún n	adacimianta da: (diahotos	hígado náng	cross riñón nofritis onfisoma		
tuberculosis, pleuresía, asma, fibr	•					-	• .			
		•			, ,	•	, ,		□ Sí	☐ No
musculoesqueletal, nervioso, circ	liatorio, digestivo	o respir	atorio, ge	enitourinario, end	aocrino, inmunoio	gico o u	so excesivo d	ei alconoi o drogas que crean		
hábito?										
4) ¿Ha sido hospitalizado por algú	n motivo o le har	n realizad	o alguna o	cirugía durante lo	s últimos cinco añ	os?			☐ Sí	☐ No
									5 .07	
5) ¿Se le ha diagnosticado o ha re	cibido tratamient	to por SID	A o ARC?	(Condiciones rela	acionadas al SIDA)				☐ Sí	☐ No
4) ¿Ha solicitado en algún momento o está recibiendo en la actualidad beneficios de Seguro Social, , o de cualquier otro plan público o privado que conceda									☐ No	
,	nto o está recibie	ndo en la	actualida	ad beneficios de S	Seguro Social, , o c	de cualqu	uier otro plan	público o privado que conceda	□ Sí	
beneficios por incapacidad? 8) ¿Ha sido examinado, recibido	tratamiento o se	le ha info	ormado q	ue padece de: at	aque cardíaco, ins	suficienc	ia coronaria, a		□ Sí	□ No
beneficios por incapacidad? 8) ¿Ha sido examinado, recibido angina, enfermedades coronar	tratamiento o se ias, soplos cardiad	le ha info cos/caróti	ormado q da, convu	ue padece de: at Isiones, desmayo	aque cardíaco, ins s, ataques isquém	suficienc	ia coronaria, a		□ Sí	□No
beneficios por incapacidad? 8) ¿Ha sido examinado, recibido	tratamiento o se ias, soplos cardiao acticar algún pas	le ha info cos/caróti atiempo,	ormado q da, convu deporte c	ue padece de: at Isiones, desmayo o actividad peligro	aque cardíaco, ins s, ataques isquém osa?	suficienc iicos moi	ia coronaria, a mentáneos?	alta presión, dolores de pecho,		

DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, CIRCULE LA CONDICIÓN Y PROVEA LOS DETALLES A CONTINUACIÓN: (En caso de necesitar más espacio, favor anexar las hojas con el respectivo detalle y firmadas por el solicitante)



Triple – S Blue, Inc.

Fecha de Diagnóstico	Nombre de la persona	Padecimient	to y Detalles	Médico que la atendió/Dirección
PARTE VI	<u> </u> AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMA	INICIAL Y SURSIGNIENTE MEDIAL	NTE CARGO ALITOMATICO	
	nual (0%) Semestral (0.50%) Trimestral (Card □American Express □ Débito Cuenta
Nombre del Titular:	ida (070) B Seriesda (0.5070) B Timesda (Número de cuenta:	Torrid de l'ago. El viol El Master	Fecha de Vencimiento:
	BILUFCROSS BILUFSHIFLD COSTA RICA a desconta		ta corriente la prima inicial y primas sub	osiguientes. Entiendo y acepto que si la Compañía no
puede realizar los cargos a la cuenta o		por falta de pago. En dicho caso libero a	BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA	de cualquier tipo de responsabilidad por el cobro del
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		ue la notifique al contratante por lo menos con
	to the second of		=	ajustando anualmente a la prórroga contractual
de la poliza, con base a la variación	del Índice de Precios de Servicios y a la experi	DECLARACION	por cartera de polizas dei presente p	producto durante su ultimo ano.
Certifico que la información ad	quí suministrada por mí es cierta y comp		que ni a mí, ni a ninguna de las	s personas propuestas para seguro, les ha
			The state of the s	tipo de prueba para descubrir un posible
excluido de cualquier cubierta	ialquier otra manifestación sugestiva de de tratamiento de cáncer	cancer, excepto (Si alguno, indi	quelo aqui)	quien ha de ser
		que cualquier declaración falsa o	representación incorrecta hecha	en la misma que sea fraudulenta o material
	dría resultar en pérdida de cubierta bajo la	-		que la primera prima haya sido pagada.
Detaile las polizas de cancer ad	ctivas con BCBS Costa Rica Triple-S Blue	inc. a nombre dei asegurado pri	mario (si apiica):	
Por la presente, autorizo a cua	Ilquier médico autorizado, practicante d	medicina, clínica, hospital o cua	alquier otra institución médica r	relacionada con la medicina, compañía de
		=		ona incluida en esta solicitud de seguro a
	Rica Triple-S Blue, Inc. Una copia fotost Inc. por mandato de lev está obligada			en virtud de la suscripción de la presente
	-			do en que se indique lo contrario o por
requerimiento de la autoridad	•			
	· -		=	los cuales forman parte integrante de esta espuestas dadas a todas las preguntas de la
		•	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ismo, entiendo que la falsedad u omisión de
	sultar en un intento de fraude contra la Co			
				en virtud de la suscripción de la presente do en que se indique lo contrario o por
requerimiento de la autoridad	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		and the second s
				l informará a la dirección señalada para
•	naximo de treinta (30) dias naturales d lejidad, la respuesta se dará en un plazo	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	que se reciben los documentos	solicitados para el análisis del riesgo. En
= -	eso y he recibido la información necesa		del contrato del seguro.	
Firma del Propuesto Asegurad	o Principal/Tenedor:		Fecha	ı:
Firma del Tenedor/Tomador, s	si es distinto del Asegurado Primario:		Fecha:	
CERTIFICO que personalmente	e le hice al firmante todas las preguntas e	n esta solicitud y que he anotado	o fielmente la información sum	inistrada por éste.
Nombre Inte	ermediario Firma	Intermediario	Código	Lugar y Fecha
		•	•	ntendencia General de Seguros de
conformidad con lo dispue	eto en el artículo 29, inciso d\ de la	Lev Reguladora del Mercado	n de Seguros, Lev 8653, haid	el Registrode fecha 2014.

