

Triple-S Blue Inc.
(Antes Atlantic Southern Insurance Company - Sucursal en Costa Rica)

SEGURO DE INDEMNIZACION POR CANCER Y ENFERMEDADES PERNICIOSAS, BENEFICIOS LIMITADOS, PRORROGA GARANTIZADA

Código de producto: P20-62-A11-604
(Versión 2)

Fecha registro V2: 21-mar-15

CONDICIONES GENERALES

Las presentes constituyen las Condiciones Generales de la póliza denominada **SEGURO DE INDEMNIZACION POR CANCER Y ENFERMEDADES PERNICIOSAS BENEFICIOS LIMITADOS PRORROGA GARANTIZADA**, la cual se registró por las siguientes cláusulas:

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

es la empresa responsable y se compromete al cumplimiento de los términos y condiciones 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.

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

Lo aseguramos a Usted, y a los miembros elegibles de su grupo familiar cuando solicite y aprobemos para ellos, una cobertura de indemnización por gastos ocasionados por la enfermedad de cáncer y ciertas enfermedades perniciosas que se definen más adelante, mientras esta póliza esté en vigor. La emitimos en consideración a sus declaraciones en la solicitud, que forma parte de este contrato, 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**

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| I.INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II.DEFINICIONES | 4 |
| III.ESTIPULACIONES GENERALES | |
| BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACIÓN DE LA POLIZA..... | 6 |
| IV. AMBITO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS | |
| ÁMBITO DE COBERTURA y BENEFICIO MÁXIMO POR ASEGURADO..... | 6 |
| REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD COBERTURA Y BENEFICIOS: | |
| A. ENFERMEDAD DE CANCER..... | 7 |
| B. ENFERMEDAD PERNICIOSA..... | 7 |
| Diagnóstico de Cáncer durante los primeros 2 años de póliza..... | 7 |
| Diagnóstico Post-Mortem. Cáncer durante los primeros 2 años de póliza..... | 7 |
| COBERTURA BASICA –BENEFICIOS..... | 7 |
| HOSPITALIZACIÓN-COBERTURA REGULAR..... | 7 |
| HOSPITALIZACIÓN-COBERTURA EXTENDIDA..... | 7 |
| BENEFICIOS DE MEDICINAS y DROGAS..... | 7 |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS..... | 7 |
| MEDICO ASISTENTE..... | 8 |
| ANESTESIA..... | 8 |
| ENFERMERA PRIVADA..... | 8 |
| RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA..... | 8 |
| SANGRE Y PLASMA..... | 8 |
| SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE..... | 8 |
| TRANSPORTACION AEREA | 8 |
| INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR RECUPERACIÓN..... | 8 |

| | Página |
|---|--------|
| PROTESIS DE SENO..... | 8 |
| REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS DE FUNERAL..... | 8 |
| RELEVO DEL PAGO DE LA PRIMA..... | 9 |
| COBERTURAS ADICIONALES O SUPLEMENTOS | 9 |
| COBERTURA PARA EL ADULTO MAYOR..... | 9 |
| EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS..... | 9 |
| LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES..... | 9 |
| INDISPUTABILIDAD..... | 10 |
| V.DESIGNACION DE BENEFICIARIOS..... | 10 |
| VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO..... | 10 |
| VII. PRIMAS..... | 10 |
| OBLIGACION DE PAGO DE PRIMAS..... | 10 |
| PAGO PUNTUAL DE PRIMAS. LUGAR DE PAGO. MORA EN EL PAGO Y FORMA DE PAGO..... | 11 |
| AJUSTES ANUALES DE PRIMA..... | 11 |
| FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS..... | 11 |
| VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES..... | 12 |
| AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS..... | 12 |
| Documentos adicionales para Reclamación de hijo dependiente mayor de 18 hasta 24 años de edad..... | 12 |
| Documentos adicionales para pago de beneficio por Servicios Funerarios..... | 12 |
| En caso de no haberse pagado el servicio funeral..... | 12 |
| Documentos adicionales para pago de beneficio por trasplante luego de la indemnización inicial..... | 12 |
| EXAMEN MEDICO Y AUTOPSIA..... | 13 |
| PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS..... | 13 |

| | |
|---|----|
| PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION..... | 13 |
| ACCIONES FRAUDULENTAS..... | 13 |
| PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS | 13 |
| IX VIGENCIA.PRORROGAS, RENOVACIONES, REINSTALACION Y TERMINACION..... | 13 |
| VIGENCIA..... | 13 |
| PRORROGA, RENOVACION DE LA POLIZA..... | 13 |
| REINSTALACION..... | 14 |
| TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA..... | 14 |
| CONTINUACIÓN DE LA POLIZA..... | 14 |
| TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO..... | 14 |
| CANCELACIÓN y RESCISIÓN DE LA POLIZA..... | 15 |
| X. CONDICIONES VARIAS..... | 15 |
| DECLARACIONES EN LA SOLICITUD..... | 15 |
| RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO..... | 15 |
| INFORMES DE MEDICOS Y DE HOSPITALES..... | 15 |
| RECTIFICACION DE LA POLIZA..... | 16 |
| MODIFICACIONES EN LA POLIZA..... | 16 |
| CONFIDENCIALIDAD DE LA | |

| | |
|---------------------------------|----|
| INFORMACION..... | 16 |
| MONEDA..... | 16 |
| PRESCRIPCION..... | 16 |
| PAGOS INDEBIDOS..... | 16 |
| CESION..... | 16 |
| OTROS SEGUROS CON NOSOTROS..... | 16 |
| LEGITIMACION DE CAPITALES..... | 16 |
| VALORACION | 17 |

| | |
|--|----|
| XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE CONTROVERSIAS..... | 17 |
| RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA..... | 17 |
| MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCION DE CONFLICTOS..... | 17 |
| ACCION LEGAL CONTRA LA COMPAÑÍA..... | 17 |
| TRIBUNAL CON JURISDICCION..... | 17 |

| | |
|---|----|
| XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES..... | 17 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| XIII. DISPOSICIONES FINALES..... | 18 |
| RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y USO DE LA MARCA..... | 18 |
| LEGISLACION APLICABLE | 18 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| TABLA DE BENEFICIOS QUIRURGICOS..... | 19 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| SUPLEMENTO BENEFICIO TRATAMIENTO Y SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIOS POR TRASPLANTE DE ORGANOS..... | 21 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| SUPLEMENTO BENEFICIOS MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO HOSPITALIZACION DEBIDO A ACCIDENTE.. | 23 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| SUPLEMENTO BENEFICIO POR PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER..... | 27 |
|--|----|

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 (reembolsar, pagar) a los asegurados.

Adulto Mayor: Se refiere a toda persona de 65 años de edad o más.

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

De acuerdo con las personas cubiertas en la póliza, la definición de asegurado incluye:

| <u>Si el Plan es :</u> | <u>Asegurado incluye:</u> |
|-------------------------------|--|
| 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:

- 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.
- 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.

ENFERMEDAD: Para los efectos de esta póliza incluye la enfermedad de cáncer y cualesquiera de las enfermedades perniciosas cubiertas, disponiéndose que donde utilizemos “cáncer” se refiere únicamente a la enfermedad de cáncer; y la indemnización o beneficios así descritos aplican exclusivamente a la enfermedad de cáncer.

ENFERMEDAD PERNICIOSA: Cualesquiera de las enfermedades que identificamos a continuación, con diagnóstico confirmado por las pruebas clínicas o de laboratorio mínimas requeridas y disponibles para esos propósitos. Esta póliza expresamente excluye de su cobertura cualquier otra enfermedad no incluida aquí, aunque para otros propósitos podría ser considerada perniciosa.

| |
|--|
| 1. Difteria |
| 2. Distrofia Muscular |
| 3. Encefalitis |
| 4. Esclerosis Múltiple |
| 5. Viruelas |
| 6. Fiebre Reumática |
| 7. Fiebre Tifoidea |
| 8. Lupus Erythematosus |
| 9. Malaria |
| 10. Turalemia |
| 11. Meningitis (Enfermedad Cerebroespinal) |

| |
|--------------------------|
| 12. Miastenia grave |
| 13. Osteomielitis |
| 14. Poliomieltis |
| 15. Anemia Trepanocitica |
| 16. Rabia |
| 17. Síndrome de Reye |
| 18. Tétano |
| 19. Tuberculosis |

CARGO INCURRIDO: Es la cantidad de dinero que la institución factura por el servicio, tratamiento o suministro médico provisto.

CARGO USUAL Y ACOSTUMBRADO: Es la cantidad de dinero que generalmente se cobra por el servicio, tratamiento o suministro médico en el lugar donde se realiza. Este cargo se determina siguiendo los criterios del Guía de Honorarios y Códigos Médicos.

GASTO INCURRIDO es la cantidad de dinero que el asegurado paga con su propio dinero, entendiéndose que se reembolsará el pago de los costos no sufragados por un plan de salud, cualquier otra cobertura médica, alguna otra institución o fondo de ayuda para enfermedades catastróficas o fondos de ayuda similares provenientes del gobierno o entidades privadas.

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.

Quando se refiera al diagnóstico y tratamiento de alguna de las ENFERMEDADES PERNICIOSAS, significará un médico especialista legalmente autorizado para practicar la medicina, para tratar enfermedades

y lesiones y para proveer servicios dentro de los límites establecidos en su licencia, siempre y cuando no sea el mismo ASEGURADO o un miembro inmediato de su familia.

Enfermera: significa una enfermera graduada, registrada o práctica.

Radiólogo: significa radiólogo legalmente autorizado para practicar la radiología, certificado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o la Junta Americana de Radiología.

Quimioterapeuta: significa quimioterapeuta legalmente certificado por las autoridades de salud competentes.

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 cláusula de **Periodo de Gracia**.

SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS: Son los servicios o suministros provistos por un hospital, médico u otro proveedor que sean requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión cubierta y que para los efectos de esta póliza resulten:

- a) Compatibles con diagnóstico y tratamiento de la condición, enfermedad, padecimiento o lesión del Asegurado.
- b) Apropriados con respecto a estándares aceptables de la práctica médica.
- c) El suministro más apropiado o nivel de servicio que pueda ser suministrado sin peligro al asegurado.
- d) No únicamente para la conveniencia del asegurado, del médico, del hospital u otro proveedor, según otro criterio médico.

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.

III. DOCUMENTACION DE LA POLIZA.

BASES DEL CONTRATO Y 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, es la 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, y las coberturas opcionales o suplementarias contratadas, 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. Los anexos referidos a coberturas opcionales formarán parte de la póliza si la cobertura es contratada por el asegurado.

Este seguro ofrece indemnizar al asegurado por la pérdida en su patrimonio como consecuencia del diagnóstico y tratamiento de cáncer y enfermedades perniciosas, según definidas. Los parámetros que se utilizarán para determinar la suma a indemnizar se describen en la sección III. Cobertura y Beneficios. Esta póliza no es un seguro de salud o gastos médicos.

IV. AMBITO DE COBERTURA, RIESGOS CUBIERTOS Y BENEFICIOS

ÁMBITO DE COBERTURA 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 costos por concepto hospitalización y otros beneficios, especificados en esta póliza, incurridos única y exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad de cáncer y enfermedades perniciosas, sujeto a los términos, condiciones y limitaciones aquí estipuladas. Si el asegurado es elegible para recibir beneficios concurrentemente por dos o más de las enfermedades aquí cubiertas, serán pagados los beneficios por una de ellas únicamente; la que resulte en una indemnización mayor, sin embargo, todo pago se hará de conformidad con los límites y términos estipulados en esta 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 son los sublímites establecidos para cada beneficio.

REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD COBERTURA Y BENEFICIOS:

A. ENFERMEDAD DE CANCER: Debe ser diagnosticada por primera vez en vida del asegurado, por un médico. 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.

B. ENFERMEDAD PERNICIOSA: El diagnóstico y tratamiento para una enfermedad perniciosa tiene que ser dado por un médico especialista legalmente autorizado por las autoridades de salud correspondientes, para practicar la medicina, tratar enfermedades y lesiones y proveer servicios dentro de los límites de su licencia, que no sea el mismo asegurado o un miembro inmediato de su familia.

PAGAREMOS: los beneficios especificados aquí por tratamiento de la Enfermedad Cubierta en las siguientes condiciones:

- i. Que la Enfermedad sea diagnosticada después de la Fecha de Vigencia y mientras la Póliza esté en vigor, y
- ii. Que la Enfermedad no ha sido diagnosticada, ni se ha recibido tratamiento, consejo, o consulta médica relacionada con tal Enfermedad.

Diagnóstico de Cáncer durante los primeros 2 años de póliza. Si el diagnóstico de cáncer ocurre durante el primer año de la Póliza o el primer año a partir de la fecha de una reinstalación, el beneficio por cáncer está limitado al pago de la suma global de \$2,500. Luego de lo cual la póliza terminará de acuerdo a la cláusula de Terminación.

Si el diagnóstico de cáncer ocurre durante el segundo año de la Póliza, o el segundo año a partir de la fecha de una reinstalación, el beneficio por cáncer está limitado al pago de la suma global de \$5,000. Luego de lo cual la póliza terminará de acuerdo a la cláusula de Terminación.

Diagnóstico Post-Mortem. Si el Asegurado muere como consecuencia directa pero antes de un diagnóstico positivo de una Enfermedad cubierta y se obtiene post-mortem, el diagnóstico positivo de Tal Enfermedad, asumiremos responsabilidad retroactivamente. No obstante, nuestra responsabilidad se limitará a cargos incurridos o indemnizaciones pagaderas de acuerdo con los términos de la Póliza desde el comienzo del último periodo de hospitalización. **Todo esto sujeto a la cláusula Diagnóstico de Cáncer durante los primeros 2 años de póliza**

COBERTURA BASICA-BENEFICIOS:

HOSPITALIZACIÓN-COBERTURA

REGULAR: Pagaremos, durante los primeros 60 días del periodo de reclusión beneficios por cada día de reclusión de la siguiente manera:

- a) \$125 del día 1 al 10,
- b) \$100 del día 11 al 60.

HOSPITALIZACIÓN-COBERTURA

EXTENDIDA: Comenzando el día 61, mientras continúe el mismo periodo de hospitalización, pagaremos 100% de los cargos incurridos en servicios y suministros provistos por el hospital que no excedan el límite de \$20,000 por mes de reclusión. Para un periodo menor de un mes, el beneficio se computará a base de un treintavo (1/30) del límite mensual por cada día del periodo.

Un día de hospitalización significa un periodo de 24 horas consecutivas. Dos periodos de hospitalización separados por menos de 31 días se considerarán parte del mismo periodo de hospitalización.

Esta cobertura sustituye los beneficios dispuestos en las cláusulas **Medicinas y Drogas** y **Hospitalización –Cobertura Regular**

BENEFICIOS DE MEDICINAS y DROGAS. Será retribuido el 25% del total pagadero por el beneficio HOSPITALIZACIÓN-COBERTURA REGULAR indicado arriba.

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Pagaremos por cada procedimiento quirúrgico debido a una condición diagnosticada como Tal Enfermedad, hasta el máximo que se indica para cada tipo de procedimiento en la Tabla de Beneficios Quirúrgicos aquí adherida, incluyendo la atención postoperatoria en el hospital. Pagaremos por cada procedimiento

que no esté incluido en esa tabla por su nombre o la descripción a base de lo estipulado en la Guía de Codigos y Honorarios Médicos. Pagaremos los procedimientos múltiples o bilaterales que sean practicados durante una misma sesión quirúrgica, a base del total del procedimiento cuyo valor sea el mayor, más el 50% del valor del menor. Pagaremos únicamente por un procedimiento quirúrgico incidental que sea practicado por la misma incisión, a base del procedimiento cuyo valor sea mayor. El beneficio máximo pagadero serán \$2,000.

MEDICO ASISTENTE: Si como resultado de Tal Enfermedad requiere los servicios de un médico, que no sea el cirujano que llevó a cabo la intervención quirúrgica, pagaremos los cargos hasta un máximo de \$30 diarios por dichas consultas mientras esté recluido en el hospital. Visita significa una visita personal del Médico Asistente.

ANESTESIA: Pagaremos una cantidad equivalente al 50% del total a pagarse por los beneficios quirúrgicos, por concepto de de los honorarios profesionales de un anesthesiólogo, hasta un máximo de \$1,000 durante cada periodo de hospitalización.

ENFERMERA PRIVADA: Pagaremos los gastos incurridos por servicios profesionales de enfermería recibidos mientras esté recluido en un hospital, hasta un máximo diario de \$50, siempre y cuando sean médicamente necesarios y ordenados por el médico a cargo del tratamiento de Tal Enfermedad. Servicios de enfermería que sean prestados por usted y los miembros inmediatos de su familia no califican para pago por este servicio.

RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA: Pagaremos los Gastos incurridos por concepto de tratamiento mediante el uso de Rayos X, Radium o Isótopos Radioactivos de Cobalto o de Quimioterapia hasta un máximo de \$5,000 por año póliza. Los servicios de Rayos X, Radium y Radioterapia de Isótopos deberán ser administrados por un Radiólogo. La Quimioterapia deberá ser administrada por un Quimioterapeuta.

SANGRE Y PLASMA: Pagaremos los cargos usuales y acostumbrados, incluso por Leucemia. En el caso de donantes de sangre, pagaremos los cargos usuales y acostumbrados que excedan el crédito recibido por donaciones. Los gastos incurridos por el

uso de equipo relacionado con transfusiones de sangre, serán considerados por el beneficio de **HOSPITALIZACIÓN CON COBERTURA REGULAR.**

SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE: Pagaremos los cargos usuales y acostumbrados de una compañía de servicio de ambulancia registrada o profesional, por cada viaje hacia o desde el hospital donde usted sea admitido como paciente, sin exceder \$100 por cada periodo de reclusión.

TRANSPORTACION AEREA: Pagaremos, sin exceder de \$2,400 durante toda la vida del asegurado, la tarifa por transportación aerea en una línea aérea comercial con ruta e itinerario fijo, desde su residencia legal hasta el aeropuerto más cercano al lugar donde radique el hospital que provea tratamientos especiales para tal Enfermedad, que no sea posible obtener localmente. Deberá ser ordenada y certificada por el médico a cargo del tratamiento.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR RECUPERACIÓN: Pagaremos un beneficio adicional equivalente al mismo número de días que estuvo hospitalizado para ser utilizado durante su recuperación después de cada periodo de hospitalización. Este beneficio adicional se pagara a razón de \$200 mensuales hasta el periodo máximo de 36 meses, durante toda su vida.

Para fines de esta sección un mes se considerará como un periodo de 30 días. Pagaremos por periodos menores de 30 días a base de un 1/30 del beneficio mensual.

PROTESIS DE SENOS: Pagaremos el costo usual y acostumbrado de la prótesis. Otras prótesis hasta un máximo de \$1,000.

REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS DE FUNERAL: Si ocurre su fallecimiento como consecuencia directa de una Enfermedad cubierta, reembolsaremos hasta un máximo de \$4,000 por gastos incurridos por servicios de funeral a la persona que presente evidencia, satisfactoria a nosotros, que le acredite como la persona que incurrió en dichos gastos. Entendemos por "Evidencia satisfactoria a nosotros", el original de una factura extendida a nombre de la persona que pagó por los servicios. El reembolso será efectuado a nombre de dicha persona. Requeriremos,

además, el Certificado de Defunción, emitido por el Registro Civil y Certificado de Nacimiento. No aceptaremos reproducciones de facturas y certificados.

Cuando el reembolso de gastos sea menor de \$4,000, pagaremos la diferencia al Asegurado Principal nombrado en las Condiciones Generales, cuando se trate de uno de los miembros cubiertos de su grupo familiar. En su defecto, haremos el pago al beneficiario nombrado en la solicitud. En ausencia de dicho nombramiento o si el beneficiario no sobrevive al Asegurado Principal, haremos el pago a los herederos legales del Asegurado Principal.

RELEVO DEL PAGO DE LA PRIMA: Al recibir prueba de diagnóstico de Cáncer, excepto de cáncer de piel no invasivo, en el Asegurado Principal, relevaremos del pago de las primas de la Póliza que venzan a partir de la fecha del diagnóstico, por un periodo de 60 meses o hasta la muerte del Asegurado Principal, si ocurre antes. No se relevará de pago la prima correspondiente a cualquier cobertura adicional provista mediante suplemento o endoso a la Póliza.

La frecuencia en el pago de la prima relevada, será la misma que mantenía la póliza a la fecha del diagnóstico (anual, semestral, trimestral, mensual). Los beneficios de la póliza o cobertura básica continuarán siendo los mismos como si las primas relevadas de pago se hubieran pagado en efectivo a medida que vence.

COBERTURAS ADICIONALES O SUPLEMENTOS: El asegurado tendrá la opción de contratar las siguientes coberturas adicionales o suplementos:

- a) Beneficio por tratamiento y servicios médico-hospitalarios por trasplante de órganos.
- b) Beneficio por Muerte Accidental, Desmembramiento y Hospitalización debido a un Accidente.
- c) Beneficio por Primer Diagnóstico de Cáncer.

COBERTURA PARA EL ADULTO MAYOR

- a) **Solicitantes mayores de 65 años de edad.** Estarán disponibles la Cobertura Básica y las opcionales con las mismas condiciones y exclusiones establecidas anteriormente y con el respectivo ajuste en prima.
- b) **Asegurado individual que alcanza la edad de 65 años mientras la póliza está en vigor.**

La Cobertura Básica, así como las Coberturas Opcionales de ser aplicables, se convertirán de forma automática a la "Cobertura para el Adulto Mayor" con el respectivo ajuste en las primas para los periodos subsiguientes.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES PARA TODAS LAS COBERTURAS: Quedará excluido de la presente póliza lo siguiente:

- 1) **Condiciones Preexistentes, incluyendo cualquier complicación o condición derivada de o como resultado de una Condición Preexistente, hayan sido, o no reveladas en la Solicitud de Seguro; o que en la fecha en que la póliza o cobertura entre en vigencia, la persona asegurada esté recibiendo o le hayan recomendado recibir tratamiento, o se había sometido o le habían recomendado que se sometiera a alguna prueba de diagnóstico (como por ejemplo, laboratorio clínico, radiológico, nuclear o de otro tipo) para confirmar o descartar una enfermedad o cualquier enfermedad cobertura por esta póliza, y los resultados no estén disponibles o no han sido procesados en la fecha de la solicitud.**
- 2) **Las pérdidas resultantes de: a) otra enfermedad o padecimiento que no sea Cáncer o Enfermedades Perniciosas, b) ninguna enfermedad o incapacidad causada, complicada, agravada, o afectada por Cáncer o por cualquiera de las Enfermedades Perniciosas, o haya surgido como resultado de su tratamiento, y c) cualquier pérdida incurrida por un diagnóstico de una Enfermedad, que resulte como consecuencia o complicación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- 3) **Servicios y suministros no autorizados por un Médico, o que no sean médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento o lesión o enfermedad, según sea determinado por la Compañía a través de criterios médicos calificados.**
- 4) **Servicios provistos por un miembro de la familia inmediata del Asegurado o por cualquier otra persona que habite con el Asegurado.**
- 5) **Medicinas sin prescripción de un Médico.**

LIMITACIONES POR CONDICIONES PREEXISTENTES. Todas las condiciones preexistentes necesitan ser expuestas e

incluidas en la Solicitud de Seguro. En el momento de la suscripción del seguro, la Compañía tiene el derecho de excluir o limitar una cobertura disponible bajo esta póliza para tratamiento, procedimientos o suministros requeridos para una persona cubierta por o como resultado de una condición preexistente. Tal exclusión o limitación así como las condiciones de aseguramiento deben ser notificadas al solicitante de previo a la aceptación del seguro.

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 una Enfermedad cubierta 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.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS-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 del 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.

15.- 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 PRIMA EN LAS PRORROGAS.

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, pudieran 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 la cartera de pólizas del presente producto durante su último año.

Específicamente el porcentaje de Ajuste anual a las primas corresponderá a la suma de los siguientes dos porcentajes:

a) PORCENTAJE DE VARIACIÓN DEL INDICE DE PRECIOS DE SERVICIOS, el cual 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) PORCENTAJE DE AJUSTE POR SINIESTRALIDAD, el cual corresponderá y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula: $(R / T) - 1$; donde: R es el Costo de los Siniestros Incurridos por la Cartera Total durante el último año, DIVIDIDO ENTRE el Monto Total de las Primas Netas suscritas por la Cartera Total durante el último año; y T es el Índice de Siniestralidad Esperada de la Cartera Total (55%).

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:

1. Factor de PAGO SEMESTRAL: 0.50
2. Factor de PAGO TRIMESTRAL: 0.25
3. Factor de PAGO MENSUAL: 0.833

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:

1. Formulario de reclamación completado y firmado por Asegurado Principal o Reclamante.
2. Copia de identificación con foto y firma del asegurado o reclamante
3. Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados, y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.
4. Recetas y prescripciones médicas.
5. Resultado de los exámenes y procedimientos médicos que se le prescribieron y practicaron.
6. Formulario de Autorización para consulta de expedientes trámite de reclamaciones de salud debidamente completado y firmado.
7. Información médica, incluyendo orden médica, notas de cirugía, hoja de admisión al hospital, registro de transfusión y cualquier otra información pertinente del proveedor que brindó los servicios por los cuales se reclama.
8. Recibo de pago de los servicios, que incluya fecha del servicio rendido y costo.
9. Evidencia de condición y/o edad de cónyuge; conviviente o hijo.
10. Número de cédula o identificación.
11. Certificado de defunción
12. Informe de accidente emitido por autoridad judicial competente.

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

1. 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.
2. 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:

1. 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.
3. Hijos legalmente adoptados deben presentar documento emitido por autoridad judicial o gubernamental competente.

Documentos adicionales para pago de beneficio por Servicios Funerarios:

1. Formulario de reclamación por muerte completado por el reclamante
2. Original del certificado de defunción con causa(s) de muerte
3. Recibo de pago por el servicio funeral

En caso de no haberse pagado el servicio funeral debe enviar:

1. Factura de la funeraria
2. Designación de beneficios autorizando el pago pendiente a la funeraria, firmada por la persona responsable por el servicio funeral.
3. Copia de identificación de la persona que firma la designación.

Documentos adicionales para pago de beneficio por trasplante luego de la indemnización inicial

1. Desglose de pagos no cubiertos por otro plan médico, cobertura de seguro o donativos.

Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios, 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 o 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 - Los beneficios cubiertos 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 requiera el procedimiento 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.

ACCIONES FRAUDULENTAS - 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 que de haber sido 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 las 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, REINSTALACION 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.

REINSTALACIÓN- Si la Póliza caduca porque no se paga alguna prima dentro del periodo de

gracia concedido para el pago, puede solicitar por escrito su reinstalación y proveer evidencia de asegurabilidad satisfactoria para Nosotros de que la salud del asegurado y otros factores no han cambiado sustancialmente desde la Fecha de la Póliza.

La fecha de efectividad de la reinstalación será el primer día del Mes de la Póliza en o próximo siguiente a la fecha en que Nosotros aprobemos su solicitud para la rehabilitación. Cuando esta póliza se rehabilite, comenzará un nuevo período de disputabilidad de dos años. En caso de que la solicitud de reinstalación no sea aprobada, Nosotros le notificaremos por escrito la desaprobación de su solicitud.

La Póliza rehabilitada sólo cubrirá pérdidas debido a accidente o enfermedad cubierto por la Póliza que ocurra después de la fecha de la rehabilitación y pérdidas debidas a cualquier enfermedad cubierta por la Póliza que pueda comenzar más de diez días después de tal fecha.

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 o por el Asegurado Adicional.
- b) La expiración del Periodo de Gracia sin que se haya pagado la prima vencida.
- c) Cuando Usted lo solicite por escrito.
- d) Pago del beneficio de Diagnostico de Cáncer ofrecido para los primeros 2 años de la póliza.

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 lo solicite por escrito, lo que ocurra primero.

CONTINUACIÓN DE LA POLIZA: A la muerte del Asegurado Principal, el Cónyuge o hijos dependientes, podrán 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 Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas) que no entreguen la información solicitada, la Compañía procederá con la 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 O FALSEDAD EN LA 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 o 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 Y DE HOSPITALES

- Los Médicos y Hospitales deben facilitar a la Compañía los 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 su Cónyuge o 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(s) que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y
- b) Cualquier Hospital(es) 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 solicitud o propuesta 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 en vigencia a los treinta (30) días 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. Una modificación será válida únicamente si se hace por escrito y se aprueba por el Gerente General.

CONFIDENCIALIDAD DE 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, salvo autorización por escrito de cada uno de los Asegurados en contrario, diferente del contrato de seguro, donde se expresen los fines de levantamiento 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 indemnización 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 indemnización 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 póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

VALORACION. Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor del bien o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes.

Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de acuerdo se estará a lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución que plantea el ordenamiento jurídico.

XI. INSTANCIAS DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS.

RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA. Las controversias que se originen en la ejecución del presente contrato, pueden ser resueltas en sede administrativa según el siguiente procedimiento: Cuando procediere el rechazo del reclamo, la Compañía comunicará por escrito al Asegurado dicha resolución, indicándole con 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 Alternativa 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 COMPAÑIA - 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 será efectuada por la Compañía directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza 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 las partes son exclusivamente el asegurado, 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, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro númerode fecha de fecha

TABLA DE BENEFICIOS QUIRURGICOS

| PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | Cantidad Máxima | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | Cantidad Máxima |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| ABDOMEN | | GENITALIA EXTERNA - MUJER | |
| Resección completa del estómago | \$1,000 | Escisión completa para remover vulva o vagina | |
| Resección parcial del estómago | 800 | con resección de nódulos linfáticos regionales | \$ 500 |
| Resección del intestino delgado | 700 | Cauterización del cérvix | 30 |
| Resección del colon ascendente o transverso | 800 | | |
| Resección combinada abdominoperineal o cáncer del recto o sigmoide | 1,000 | GENITALIA EXTERNA - HOMBRE | |
| Colostomía a ileostomía | 500 | Cáncer del pene; amputación y resección completa. | |
| Resección del esófago | 1,200 | de nódulos linfáticos regionales | 1,000 |
| Gastrostomía en relación con el esófago | 800 | Orquiectomía (resección de testículos) | |
| Esplenectomía | 600 | Unilateral | 200 |
| Cistectomía completa con trasplante de uréter | 1,200 | Bilateral | 300 |
| Excisión simple de la vejiga urinaria | 700 | OJOS | |
| | | Enucleación con resección completa | 400 |
| AMPUTACIONES | | SISTEMA GENITO- URINARIO | |
| Muslo | 600 | Resección de riñón | 800 |
| Pierna a pie entera | 500 | Resección completa de próstata | 1,000 |
| Mano entera, braza a antebrazo | 400 | Resección del útero, tubos y ovarios | 600 |
| Dedos del pie (cada uno) | 100 | | |
| Dedos de la mano (cada uno) | 150 | CUELLO | |
| | | Resección completa de glándulas del cuello | 800 |
| CEREBRO | | RECTO | |
| Craneotomía (Resección completa de cáncer del cerebro) | 1,250 | Proctectomía completa | 1.000 |
| GLANDULAS MAMARIAS (MAMAS) | | PIEL | |
| Amputación de un seno | 700 | Operación quirúrgica con remoción de: | |
| Amputación de ambos senos | 1,050 | Labios | 250 |

| | | | |
|--|-------|----------------------------|-------|
| Implantación de prótesis - Unilateral | 750 | Oídos | 200 |
| Implantación de prótesis - Bilateral | 1,000 | Nariz | 300 |
| PECHO | | Lengua | 700 |
| Lobectomía completa | 1,000 | Amígdalas | 200 |
| Excisión intracardíaca-tumor con by-pass | 2,000 | Membrana Mucosa de la boca | 400 |
| ESPINAL | | GARGANTA | |
| Operación quirúrgica con resección de discos | | Excisión de Laringe | 1,000 |
| (Laminectomía) | 900 | Tiroidectomía (sub-total) | 600 |
| | | Tiroidectomía (total) | 700 |

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

**BENEFICIO POR TRATAMIENTO Y SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS
POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

Consideración: Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere. Se emite en consideración de la solicitud y el pago de la prima que se muestra en las Condiciones Particulares de la Póliza. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con las del presente endoso aplicarán a éste.

En este endoso:

Trasplante de Órgano: significa el procedimiento quirúrgico de transferencia de una persona al Asegurado de cualquiera de los siguientes órganos: (1) Médula Ósea*, (2) Corazón, (3) Hígado, (4) Riñón, (5) Pulmón, (6) Páncreas, (7) Intestino, y (8) Córnea, realizado en un Hospital o instalación médica equipada para hacer estos trasplantes de aquí en adelante descrito como “Centro de Trasplante”.

*Trasplante de Médula Ósea incluye trasplante hacia la misma persona (autólogo).

Periodo de Trasplante: significa el período que comienza 10 días antes y termina 18 meses después de la fecha del trasplante. No obstante, si se trata de gasto incurrido bajo el **2.B**, **2.C.**, ó **2.D.**, indicados adelante, Periodo de Trasplante significará el período que comienza 12 meses antes y termina 18 meses después de la fecha del trasplante. Para trasplante de Médula Ósea, la fecha del trasplante es la fecha en que se hace la infusión intravenosa de la médula del donante.

Beneficio: Si al Asegurado se le practica un trasplante de órgano, Nosotros pagaremos beneficios de acuerdo con los términos y sujeto a los límites y condiciones que se detallan adelante:

- Beneficio de Indemnización** - Al recibo de la única prueba de que se realizó un trasplante de órgano al Asegurado, Nosotros pagaremos la indemnización correspondiente al trasplante realizado de acuerdo con la siguiente tabla:

| Trasplante | Indemnización | Trasplante | Indemnización |
|-------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Corazón | \$75,000 | Médula Ósea (autólogo) | \$30,000 |
| Córnea | \$1,000 | Páncreas | \$25,000 |
| Hígado | \$50,000 | Pulmón (sencillo) | \$40,000 |
| Intestino | \$100,000 | Pulmón (doble) | \$60,000 |
| Médula Ósea (alogénico) | \$65,000 | Riñón | \$25,000 |

Si se trata de un trasplante multivisceral, pagaremos la indemnización correspondiente al trasplante del órgano por el cual se paga la indemnización mayor.

- Beneficio por Gastos Incurridos.** Pagaremos **100%** de los gastos incurridos y pagados por el Asegurado que excedan el Beneficio de Indemnización, sujeto a los términos y límites que se detallan a continuación:

- A. Adquisición de Órgano y Tejido (Donante Fallecido):** Pagaremos por gastos incurridos en servicios y suministros utilizados en la adquisición, remoción, preservación y transportación del órgano. Límite del beneficio: **\$10,000.**
- B. Adquisición de Órgano y Tejido (Donante Vivo):** Por gastos incurridos en servicios y suministros relacionados con el procedimiento realizado sobre la persona del donante vivo, la investigación de donantes potenciales, la transportación del donante desde y hasta el Centro de Trasplante y otros gastos por servicios médicos y suministros asociados con la adquisición del órgano del donante. Límite del beneficio: **\$25,000.**
- C. Cultivo de Médula Ósea:** Por gastos incurridos en servicios y materiales suministrados para el cultivo de Médula Ósea. Límite del beneficio: **\$10,000.**
- D. Transportación, Hospedaje y Comidas:** Por gastos incurridos en transportación, hospedaje y comidas del Asegurado receptor del trasplante y de un acompañante desde y hasta el Centro de Trasplante. Límite del beneficio: **\$200** diarios sin exceder **\$10,000.**
- E. Gastos de Habitación en el Hospital y Otros Servicios y Materiales:** Por gastos incurridos en habitación en el hospital, quimioterapia y radiación antes del trasplante, y otros servicios y materiales además de los indicados en los beneficios de Cultivo de Médula Ósea y de Enfermera Privada suministrados por el hospital en relación con el trasplante. Límite del beneficio: **\$1,500** diarios.
- F. Enfermera Privada:** Por gastos incurridos en servicios de una enfermera privada debidamente licenciada o registrada. Límite del beneficio: **\$10,000.**
- G. Todos los demás Gastos:** Por todos los demás gastos incurridos por servicios y materiales suministrados relacionados con un trasplante cubierto por este endoso, que no sean los arriba mencionados.

Límite del Beneficio - No pagaremos beneficios bajo este endoso en exceso de:

1. \$175,000 por cualquier trasplante de órgano; y
2. \$500,000 por todos los trasplantes de diferentes órganos durante la vida del Asegurado.

Exclusiones y Limitaciones

No pagaremos beneficios por:

1. Gastos por servicios o suministros incurridos antes o después del Período del Trasplante.
2. Cualquier trasplante efectuado antes de la fecha de vigencia de este endoso o consecuencia de éste.
3. Cualquier servicio que no esté relacionado con un trasplante de órgano o tejido.
4. Servicio relacionado con el diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o condición aunque sea resultado directo del trasplante cubierto.
5. Servicios o materiales que no sean médicamente necesarios. Médicamente necesario

significa que:

- a) Está relacionado con el trasplante cubierto.
 - b) Es ordenado por el médico que atiende al Asegurado.
 - c) Es provisto para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica, y
 - d) no es de naturaleza educacional o experimental.
- 6. Gastos relacionados con servicio de custodia del órgano.**
- 7. Artículos y servicios para conveniencia y comodidad personal.**

Terminación - Este suplemento terminará cuando ocurra la primera de las siguientes circunstancias:

- 1. La terminación de la Póliza,
- 2. Cuando Usted lo solicite por escrito, o
- 3. con respecto a cualquier Asegurado, cuando termine su seguro bajo la Póliza .

Fecha de Vigencia: Este endoso entrará en vigor en la Fecha que se indica en las Condiciones Particulares.

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

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

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

**SUPLEMENTO
BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y
HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A UN ACCIDENTE**

Consideración: Este suplemento forma parte de la póliza a la cual se adhiere. Se emite en consideración de la solicitud y el pago de la prima que se muestra en las Condiciones Particulares de la Póliza. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con las del suplemento aplicarán a éste.

Suma Principal es la cantidad sobre la cual se basan las indemnizaciones pagaderas por este suplemento. La Suma Principal aparece en las Condiciones Generales.

Beneficio - Si debido a un accidente, un Asegurado sufre alguna de las pérdidas detalladas adelante, pagaremos la indemnización correspondiente a la pérdida al recibo de la prueba de que:

1. La pérdida es debido a una lesión corporal que resulta directa y únicamente, ocasionada por medios externos, violentos y accidentales.
2. la lesión ocurrió mientras el Asegurado estaba cubierto por este suplemento, y
3. la pérdida ocurre o comienza:
 - a) dentro de los 90 días desde el accidente, si se trata de Pérdida de la Vida o Desmembramiento; o
 - b) dentro de los 60 días desde el accidente, si se trata de Hospitalización.

A. Indemnización por Pérdida de la Vida y Desmembramiento:

| Por la pérdida de: | Indemnización | | |
|---|--------------------------|----------|------------------|
| | Asegurado Principal | Cónyuge | Hijo Dependiente |
| La Vida | La Suma Principal | \$15,000 | \$5,000 |
| Ambas manos, ambos pies, o la visión por ambos ojos | La Suma Principal | \$15,000 | \$5,000 |
| Una mano y un pie, o una mano o un pie y la visión por un ojo | La Suma Principal | \$15,000 | \$5,000 |
| Una mano, un pie, o la visión por un ojo | 50% de la Suma Principal | \$7,500 | \$2,500 |

Pérdida de una mano o un pie significa pérdida por separación más arriba de la muñeca o del tobillo. Pérdida de la visión significa pérdida total e irrecuperable de la visión.

Si el Asegurado sufre más de una pérdida como resultado del mismo accidente, se pagará por una sola, la que pague el beneficio mayor.

B. Indemnización por Hospitalización :

Indemnización Mensual

| Suma Principal | Asegurado Primario | Cónyuge Asegurado Adicional Hijo Dependiente |
|----------------|--------------------|--|
| \$15,000 | \$900 | \$900 |
| \$25,000 | \$1,200 | |
| \$35,000 | \$1,600 | |
| \$45,000 | \$1,900 | |
| \$55,000 | \$2,300 | |
| \$65,000 | \$2,600 | |
| \$75,000 | \$3,000 | |
| \$85,000 | \$3,300 | |
| \$95,000 | \$3,600 | |
| \$100,000 | \$3,800 | |

La indemnización mensual es pagadera desde el primer día de reclusión en un hospital como paciente de cama mientras dure la hospitalización sin exceder 90 días. Otros periodos de reclusión como resultado del mismo accidente que comiencen dentro de los 90 días desde el accidente, se considerarán parte del mismo periodo de reclusión. Para periodos menores de un mes, la indemnización se computará a base de un treintavo (1/30) por día de hospitalización.

C. Indemnización por Convalecencia en el Hogar :

Cuando el médico a cargo del tratamiento del Asegurado recomiende reclusión en el hogar para su convalecencia, pagaremos por cada día de reclusión en el hogar:

1. \$15.00 por día si la reclusión comienza inmediatamente después de terminar un periodo de reclusión en hospital. El beneficio está limitado a 30 días o el número de días de la reclusión en el hospital, lo que sea menor, o
2. \$15.00 por día si la reclusión no es precedida por una hospitalización. El beneficio está limitado a 15 días.

Exclusiones: No pagaremos beneficios bajo este endoso por pérdida resultante de, o causada, directa, indirecta, total o parcialmente, por:

1. Una condición de enfermedad física o mental o tratamiento médico o quirúrgico para esa condición;
2. una infección bacterial, a menos que la infección ocurra en una herida o cortadura accidental;
3. intento de suicidio, herida o lesión autoinfligida intencionalmente, mientras esté cuerdo o loco;
4. guerra o acto de guerra, declarada o sin declarar, o servicio militar activo al servicio de cualquier país;
5. comisión o intento de cometer un delito grave por el Asegurado;
6. estar intoxicado o bajo los efectos de cualquier droga, excepto como fuera recetado por un médico. Esto incluye pero no se limita a la conducción de un

vehículo de motor mientras se esté intoxicado. En este endoso, "intoxicado" significa que el nivel de alcohol en la sangre al ocurrir el accidente excede el límite establecido por la ley para la operación de un vehículo automotor.

7. vuelo abordo o descenso de cualquier tipo de aeronave, excepto como pasajero por paga en vuelo de línea aérea comercial,
8. participación en carreras de autos, motocicletas o botes; o
9. la inhalación, administración o absorción de cualquier veneno, gas o vapor, ya sea accidentalmente o de cualquier otra manera.

Otros seguros con Nosotros - Si el Asegurado tuviese en vigor una o más pólizas expedidas previamente por Nosotros haciendo que la indemnización total por Pérdida de la Vida o Desmembramiento sea en exceso de \$100,000, el seguro en exceso será nulo y todas las primas pagadas por ese exceso se devolverán al Asegurado o a su sucesión.

Terminación - Este endoso terminará cuando ocurra la primera de las siguientes:

1. La terminación de la Póliza,
2. cuando Usted lo solicite por escrito, o
3. con respecto a cualquier Asegurado, cuando termine su seguro bajo la Póliza.

Fecha de Vigencia: Este suplemento entrará en vigor en la Fecha de Vigencia que se indique en las Condiciones Particulares.

Firmado por la Compañía

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

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

BENEFICIO POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Consideración - Este endoso forma parte de la póliza a la cual se adhiere. Se emite en consideración de la solicitud y el pago de la prima que se muestra en las Condiciones Particulares de la Póliza. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con las del endoso aplicarán a éste.

Definiciones

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

1. Cáncer es diagnosticado positivamente por primera vez en la vida del Asegurado por un patólogo. El diagnóstico patológico debe estar basado en el examen microscópico de tejido fijo o de preparaciones del sistema hémico (en vida o postmortem). El Médico que establece el diagnóstico patológico debe basar su juicio únicamente en los criterios de malignidad aceptados por 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 el Asegurado difunto recibió tratamiento para dicho Cáncer antes de la muerte.
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. Nos reservamos el derecho de solicitar información adicional, una declaración adicional del Médico, y/o examen por un Médico seleccionado por Nosotros y pagado por Nosotros.

Periodo de Espera significa el periodo de 30 días a partir de de la Fecha de Efectividad de este endoso durante el cual no se provee cubierta o beneficio por este endoso.

Condición Preexistente significa una condición para la cual se recibió diagnóstico, consulta, recomendación o tratamiento, o para la cual existían señales o síntomas que habrían hecho que cualquier persona ordinariamente prudente procurara un diagnóstico, consulta, recomendación o tratamiento, previo a la Fecha de Efectividad de este endoso.

Beneficio

Si el Asegurado recibe un Primer Diagnóstico de Cáncer Interno o 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 este endoso. 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 el Cuadro del seguro.

Limitaciones y Exclusiones

- 1. Este Suplemento provee beneficios únicamente por un Primer Diagnóstico de Cáncer Interno o Melanoma Maligno. Este endoso no cubre ninguna otra enfermedad, padecimiento, o incapacidad, aunque tal otra enfermedad, padecimiento o incapacidad pudiera haberse complicado, afectado o causado, directa o indirectamente, por Cáncer. No se pagarán beneficios por diagnóstico de cáncer de piel, excepto Melanoma Maligno.**
- 2. 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 Efectividad, condujeran al Primer Diagnóstico de Cáncer.**
- 3. Limitación sobre Condiciones Preexistentes: Nada de lo contenido en este endoso se interpretará para permitir el pago por diagnóstico resultante de una Condición Preexistente, independientemente de cuándo se hiciera el diagnóstico.**

Terminación - Este endoso terminará cuando ocurra la primera de las siguientes:

4. La terminación de la Póliza,
5. cuando Usted lo solicite por escrito, o
6. con respecto a cualquier Asegurado;
 - a. cuando termine su seguro bajo la Póliza;
 - b. una vez sean pagaderos los beneficios por Primer Diagnóstico

de Cáncer.

Fecha de Efectividad - Este endoso entrará en vigor en la Fecha de Vigencia que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General

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

Seguro de indemnización por cáncer y enfermedades perniciosas beneficios limitados prorroga garantizada solicitud -pago directo

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

Lugar: _____ Fecha de emisión: _____ Vigencia: Desde / / / Hasta / / /

PARTE I ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____ Identificación (Incluya Copia): Tipo cédula: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo F M
 Núm. Cedula: _____ Pasaporte: _____ Día / Mes / Año

Dirección para Comunicaciones: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Apartado Postal / Fax/ Correo Electrónico _____

Otras señas: _____

Domicilio exacto: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Apartado Postal / Fax/ Correo Electrónico _____

Otras señas: _____

Dirección Postal para Comunicaciones: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Apartado Postal / Fax/ Correo Electrónico _____

Otras señas: _____

Patrón y Dirección _____ Ocupación _____ Tiempo en el Empleo _____ Salario o Ingreso Anual _____

Nacionalidad _____ Apartado Postal /Fax/Correo electrónico _____ Teléfono Trabajo _____ Teléfono Residencia _____

PARTE II CÓNYUGE CONVIVIENTE

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____ Identificación (Incluya Copia): Tipo cédula: _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo F M
 Núm. Cedula: _____ Pasaporte: _____ Día / Mes / Año

PARTE III PLAN Y COBERTURAS SELECCIONADAS

| <input type="checkbox"/> 0-55 PÓLIZA BÁSICA <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 66+ | Individual [Código Plan] | Padre/Madre Soltera [Código Plan] | Matrimonio/Pareja [Código Plan] | Familiar [Código Plan] |
|---|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ |

BENEFICIOS OPCIONALES

| | | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A. Tratamiento y Servicio Médico-Hospitalario por Trasplante de Órganos | | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ |
| B. Muerte Accidental, Desmembramiento, Hospitalización y Convalecencia por Accidente | Suma Principal \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ |
| C. Primer Diagnóstico de Cáncer (\$1,000-\$20,000) | \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ |
| Recargo por Fraccionamiento | | \$ | \$ | \$ | \$ |
| TOTAL PRIMA MENSUAL | | \$ | \$ | \$ | \$ |

PARTE IV HIJOS DEPENDIENTES

| Nombre Completo del Dependiente | Identificación | Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco | M | F |
|---------------------------------|----------------|---------------------|------|------------|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

PARTE V DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

Beneficiario 1 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 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 beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: Mes: Año: ↓
 Domicilio del beneficiario →
 Teléfono/e-mail del beneficiario →

Beneficiario 2 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 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 beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: Mes: Año: ↓
 Domicilio del beneficiario →
 Teléfono/e-mail del beneficiario →

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE.

Beneficiario 1 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 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 beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: Mes: Año: ↓
 Domicilio del beneficiario →
 Teléfono/e-mail del beneficiario →

Beneficiario 2 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 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 beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: Mes: Año: ↓
 Domicilio del beneficiario →
 Teléfono/e-mail del beneficiario →

| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES. | | | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------|---|---|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES. | | | | | | | | | |
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES. | | | | | | | | | |
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| PARTE VI AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMA INICIAL Y SUBSIGUIENTE MEDIANTE CARGO AUTOMATICO | | | | | | | | | |
| Frecuencia de Pago y Recargo: | | | | | Forma de Pago: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Anual (0%) <input type="checkbox"/> Semestral (0.50%) <input type="checkbox"/> Trimestral (0.25%) <input type="checkbox"/> Mensual (0.833%) | | | | | <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Débito Cuenta Corriente | | | | |
| Nombre del Titular: | | | Número de cuenta: | | | Fecha de Vencimiento: | | | |
| Autorizo expresa e inequívocamente a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA a descontar de mi tarjeta de crédito, débito o cuenta corriente la prima inicial y primas subsiguientes. Entiendo y acepto que si la Compañía no puede realizar los cargos a la cuenta o tarjeta reportada, el seguro puede ser cancelado por falta de pago. En dicho caso libero a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA de cualquier tipo de responsabilidad por el cobro del seguro, y será mi responsabilidad comunicar a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA otro medio de pago del seguro mi responsabilidad comunicar a la Compañía otro medio de pago del seguro. | | | | | | | | | |
| MODIFICACION DE TARIFAS: 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 comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarán ajustando 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 | | | | | | | | | |
| PARTE VIII | | | | | | | | | |
| A CUALQUIER PERSONA PROPUESTO PARA SEGURO: | | | | | | | | | |
| 1) ¿Se le ha diagnosticado o tratado alguna vez, o tiene conocimiento de algún padecimiento de: diabetes, hígado, páncreas, riñón, nefritis, enfisema, tuberculosis, pleuresía, asma, fibrosis quística, cáncer, médula ósea, epilepsia, artritis, gota, dolores de espalda, o alguna condición relacionada al sistema musculoesquelético, nervioso, circulatorio, digestivo o respiratorio, genitourinario, endocrino, inmunológico o uso excesivo del alcohol o drogas que crean hábito? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2) ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o le han realizado alguna cirugía durante los últimos cinco años? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3) ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por SIDA o ARC? (Condiciones relacionadas al SIDA) | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4) ¿Ha solicitado en algún momento o está recibiendo en la actualidad beneficios de Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado, o de cualquier otro plan público o privado que conceda beneficios por incapacidad? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| Lugar: _____ | | Fecha de emisión: _____ | | Vigencia: Desde / / Hasta / / | |
| PARTE I ASEGURADO PRINCIPAL | | | | | |
| PRIMER APELLIDO _____ | | SEGUNDO APELLIDO _____ | | NOMBRE _____ | |
| Identificación (Incluya Copia): Tipo cédula: _____ | | Fecha de Nacimiento _____ | | Edad _____ | |
| Núm. Cedula: _____ | | Pasaporte: _____ | | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Dirección para Comunicaciones : Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Apartado Postal / Fax/ Correo Electrónico _____ | | | | | |
| Otras señas: _____ | | | | | |
| Domicilio exacto: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Apartado Postal / Fax/ Correo Electrónico _____ | | | | | |
| Otras señas: _____ | | | | | |
| Dirección Postal para Comunicaciones: Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____ Apartado Postal / Fax/ Correo Electrónico _____ | | | | | |
| Otras señas: _____ | | | | | |
| Patrón y Dirección _____ | | Ocupación _____ | | Tiempo en el Empleo _____ | |
| Nacionalidad _____ | | Apartado Postal /Fax/Correo electrónico _____ | | Teléfono Trabajo _____ | |
| | | | | Teléfono Residencia _____ | |
| PARTE II <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONVIVIENTE | | | | | |
| PRIMER APELLIDO _____ | | SEGUNDO APELLIDO _____ | | NOMBRE _____ | |
| Identificación (Incluya Copia): Tipo cédula: _____ | | Fecha de Nacimiento _____ | | Edad _____ | |
| Núm. Cedula: _____ | | Pasaporte: _____ | | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| PARTE III PLAN Y COBERTURAS SELECCIONADAS | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 0-55 <input type="checkbox"/> PÓLIZA BÁSICA <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 66+ | | Individual [Código Plan] | Padre/Madre Soltera [Código Plan] | Matrimonio/Pareja [Código Plan] | Familiar [Código Plan] |
| | | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ | <input type="checkbox"/> \$ |
| BENEFICIOS OPCIONALES | | | | | |
| A. Tratamiento y Servicio Médico-Hospitalario por Trasplante de Órganos | | \$ | \$ | \$ | \$ |
| B. Muerte Accidental, Desmembramiento, Hospitalización y Convalecencia por Accidente | | Suma Principal \$ | \$ | \$ | \$ |
| C. Primer Diagnóstico de Cáncer (\$1,000-\$20,000) | | \$ | \$ | \$ | \$ |
| Recargo por Fraccionamiento | | \$ | \$ | \$ | \$ |
| TOTAL PRIMA MENSUAL | | \$ | \$ | \$ | \$ |
| PARTE IV HIJOS DEPENDIENTES | | | | | |
| Nombre Completo del Dependiente | | Identificación | Fecha de Nacimiento | Edad | Parentesco |
| | | | | | M F |
| PARTE V DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO PRINCIPAL. | | | | | |
| Beneficiario 1 → | | Nombre: _____ | | 1er apellido: _____ | |
| Nº de identificación ↓ | | 2º apellido: _____ | | | |
| Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | |
| <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: _____ | | Mes: _____ | |
| | | Año: _____ | | Porcentaje del beneficio ↓ | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: _____ | | 1er apellido: _____ | |
| Nº de identificación ↓ | | 2º apellido: _____ | | | |
| Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | |
| <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: _____ | | Mes: _____ | |
| | | Año: _____ | | Porcentaje del beneficio ↓ | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | |
| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE. | | | | | |
| Beneficiario 1 → | | Nombre: _____ | | 1er apellido: _____ | |
| Nº de identificación ↓ | | 2º apellido: _____ | | | |
| Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | |
| <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: _____ | | Mes: _____ | |
| | | Año: _____ | | Porcentaje del beneficio ↓ | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: _____ | | 1er apellido: _____ | |
| Nº de identificación ↓ | | 2º apellido: _____ | | | |
| Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | |
| <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: _____ | | Mes: _____ | |
| | | Año: _____ | | Porcentaje del beneficio ↓ | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | |

| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES. | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES. | | | | | | | | | |
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Beneficiario 2 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES. | | | | | | | | | |
| Beneficiario 1 → | | Nombre: | | | 1er apellido: | | | 2º apellido: | |
| Nº de identificación ↓ | | Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x") | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad | | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia | | <input type="checkbox"/> Pasaporte | | <input type="checkbox"/> Otro | |
| Parentesco ↓ | | Sexo | | Fecha de nacimiento | | | Porcentaje del beneficio ↓ | | |
| | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | Día: | Mes: | Año: | | | |
| Domicilio del beneficiario → | | | | | | | | | |
| Teléfono/e-mail del beneficiario → | | | | | | | | | |
| PARTE VIII | | | | | | | | | |
| A CUALQUIER PERSONA PROPUESTO PARA SEGURO: | | | | | | | | | |
| 1) ¿Se le ha diagnosticado o tratado alguna vez, o tiene conocimiento de algún padecimiento de: diabetes, hígado, páncreas, riñón, nefritis, enfisema, tuberculosis, pleuresía, asma, fibrosis quística, cáncer, médula ósea, epilepsia, artritis, gota, dolores de espalda, o alguna condición relacionada al sistema musculoesquelético, nervioso, circulatorio, digestivo o respiratorio, genitourinario, endocrino, inmunológico o uso excesivo del alcohol o drogas que crean hábito? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2) ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o le han realizado alguna cirugía durante los últimos cinco años? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3) ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por SIDA o ARC? (Condiciones relacionadas al SIDA) | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4) ¿Ha solicitado en algún momento o está recibiendo en la actualidad beneficios de Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado, o de cualquier otro plan público o privado que conceda beneficios por incapacidad? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5) ¿Ha sido examinado, recibido tratamiento o se le ha informado que padece de: ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, alta presión, dolores de pecho, angina, enfermedades coronarias, soplos cardíacos/carótida, convulsiones, desmayos, ataques isquémicos momentáneos? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6) ¿Practicó, practica, o espera practicar algún pasatiempo, deporte o actividad peligrosa? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7) ¿Se les ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer o enfermedad perniciosa? | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Triple-S Blue, Inc.

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

| Fecha de Diagnóstico | Nombre de la persona | Padecimiento y Detalles | Médico que la atendió/Dirección |
|----------------------|----------------------|-------------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DECLARACION

Certifico que la información aquí suministrada por mí es cierta y completa a mi mejor entendimiento y que ni a mí, ni a ninguna de las personas propuestas para seguro, les ha sido diagnosticado o tratado cáncer, ni se nos ha recomendado someternos a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer, excepto (Si alguno, indíquelo aquí) _____ quien ha de ser excluido de cualquier cubierta de tratamiento de cáncer.

Desconozco que alguna persona propuesta para seguro tenga problemas o padecimiento de espalda, alta presión, asma, diabetes, epilepsia o condición relacionada. Tampoco, que hayan sido tratados por problemas o padecimientos de médula ósea, riñón, páncreas, hígado, pulmón, ataque al corazón, condición del corazón, problema del corazón o de alguna anomalía del corazón con anterioridad a esta fecha, excepto (Si alguno, indíquelo aquí) _____, quien ha de ser excluido de cualquier cubierta de beneficios de Cuidado Intensivo, Hospitalización por Enfermedad, Trasplante de Órganos o Primer Diagnóstico de Ataque y Cirugía de Corazón.

Certifico que he leído, o se me ha leído la solicitud completada y entiendo que cualquier declaración falsa o representación incorrecta hecha en la misma que sea fraudulenta o material para la aceptación del riesgo podría resultar en pérdida de cubierta bajo la póliza. **Entiendo además, que ningún seguro entrará en vigor hasta que la primera prima haya sido pagada.**

Detalle las pólizas de cáncer activas con **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** a nombre del asegurado primario (si aplica): _____

Por la presente, autorizo a cualquier médico autorizado, practicante de medicina, clínica, hospital o cualquier otra institución médica relacionada con la medicina, compañía de seguros y cualquier otra persona, organización o institución que tenga algún historial médico sobre mi persona o sobre alguna persona incluida en esta solicitud de seguro a revelar la misma a **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc. por mandato de ley está obligada y por tanto se compromete, a que la información suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza, queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del solicitante o asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

Manifiesto de manera inequívoca que he leído todas las preguntas contenidas tanto en este formulario como en el de solicitud del seguro, los cuales forman parte integrante de esta póliza y que las respuestas a las mismas son ciertas, completas y verdaderas. Esta póliza se emite tomando en consideración que todas las respuestas dadas a todas las preguntas de la solicitud son veraces y completas. Cualquier omisión o información incorrecta puede causar que cualquier reclamación fuere rechazada, asimismo, entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra la Compañía y conllevar la devolución de la prima y la cancelación del contrato de seguro.

La solicitud que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo, para lo cual informará, a la dirección señalada para comunicaciones. 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.

Manifiesto que he tenido acceso y he recibido la información necesaria previo al perfeccionamiento del contrato del seguro.

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

Firma del Propuesto Asegurado Principal/Tenedor: _____ Fecha: _____

Firma del Tenedor/Tomador, si es distinto del Asegurado Primario: _____ Fecha: _____

CERTIFICO que personalmente le hice al firmante todas las preguntas en esta solicitud y que he anotado fielmente la información suministrada por éste.

Nombre Intermediario

Firma Intermediario

Código

Lugar y Fecha

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el Registrode fecha..... 2014.

SOL-1114-288

**AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN NÓMINA PARA
PAGO DE PRIMA PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS**

Autorizo a mi patrono _____ a deducir de mi salario la cantidad de \$ _____, para el pago de prima de la póliza adquirida a través de **BCBS Costa Rica**. Esta autorización cancela cualquier autorización anterior para deducción por nómina por concepto de otro plan de seguro similar con la compañía _____ por \$ _____.

| | | |
|---|----------------|--------------------|
| Nombre y Apellidos del Empleado (en letra de molde) | Identificación | Número de Empleado |
| Programa o Departamento | División | |
| Firma del Solicitante | Fecha | |