

Sagicor Costa Rica SCR Sociedad Anónima

Seguro Colectivo Cáncer de Mama Dólares

**Código de producto: P20-62-A12-536
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 09-ene-15

Oficio de solicitud de registro V2: SGR-GN-0063-2014

Seguro Colectivo de Cáncer de Mama Dólares

ASEGURADORA SAGICOR COSTA RICA S.A. (denominada en adelante “la Compañía”), es una Aseguradora registrada bajo la cédula jurídica 3-101-640739 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, que expide esta póliza de seguro. La misma regirá por las cláusulas detalladas a continuación en este Contrato de Seguro.

SECCIÓN I - Condiciones Iniciales

Artículo 1 - Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes Condiciones Generales, la Solicitud del Tomador, los Cuestionarios anexos a esta, las Condiciones Particulares, el Certificado de Seguro, las Adendas que se adicione a esta y cualquier declaración del Tomador o Asegurado.

Artículo 2 – Definiciones

Activo/a laboralmente: La persona tiene un trabajo o fuente de ingresos para la cual él/ella es capaz de realizar sus labores diarias normales, mental y físicamente. Esta condición se cumplirá con la presentación de (i) constancia salarial o comprobante de la Caja Costarricense del Seguro Social, en caso de trabajadores asalariados, o (ii) Certificación de ingresos emitida por un Contador Público Autorizado, para el caso de profesionales o trabajadores independientes. Asimismo, esta condición se presumirá cumplida por el hecho de obtener la facilidad de crédito o préstamo con el Tomador.

Año Póliza: El período comprendido entre las 12:00 de la noche en la Fecha de Inicio de Vigencia hasta las 12:00 de la noche del último día del año de la póliza. Cada período subsiguiente de 12 meses contados a partir del aniversario de la póliza se considerará como un año de la póliza. Todo lo anterior conforme se especifica en las Condiciones Generales y en el Certificado de Seguro.

Asegurado: Persona física sobre quien la Compañía asume el riesgo, sinónimo de Asegurado Individual

Beneficiario: Persona física o jurídica que recibe el beneficio de los reclamos que se generen por un riesgo cubierto por esta póliza.

Cáncer de Mama: También denominado Cáncer de Seno. Se entiende como la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas en el seno o mama de la mujer. Se encuentra en una etapa médica igual o superior a la IIA.

Carcinoma In Situ: Es el cáncer no invasivo en el cual no hay evidencia de que células cancerígenas hayan roto la capa basal, o de células no cancerígenas de comportamiento anormal fuera del epitelio basal. Se encuentra en la etapa médica I.

Enfermedad Preexistente: Cuando el Asegurado fue diagnosticado o está siendo estudiado de alguna de las enfermedades cubiertas por la póliza, antes o al momento de iniciar la cobertura.

Evento: Es la ocurrencia de cualquier riesgo amparado por esta póliza, durante la vigencia de la misma.

Grupo Asegurado: Grupo que incluye la totalidad de personas físicas que, al ser aceptadas por la Compañía, son Asegurados que cuentan con cobertura vigente bajo ésta póliza colectiva.

Hospital o Clínica: Establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

Prima: El precio que debe pagar, ya sea el Tomador o Asegurado, por la cobertura de riesgo que se asume.

Prima no Devengada: Proporción de la prima pagada, correspondiente al periodo que aún no ha transcurrido.

Red de Proveedores: Centros Médicos, Consultorios, y Médicos con los cuales la Compañía ha establecido convenios comerciales para la prestación de los servicios amparados en esta póliza. La red de proveedores podrá ser consultada en www.sagicor.cr.

Tomador: Persona jurídica que suscribe esta póliza en representación del Grupo Asegurado. El tomador asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo.

Artículo 3 - Prima

En caso del pago de la modalidad no-contributiva la prima mensual es exigible al Tomador y se determina sumando todas las primas individuales establecidas en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad, el importe de la prima a pagar se detalla en las Condiciones Particulares.

En caso de la modalidad contributiva la prima mensual es exigible al Tomador, pero los Asegurados contribuirán para dicha prima en el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares, y se determinará sumando la prima individual para cada Asegurado establecida en las Condiciones Particulares. Bajo esta modalidad, el importe de la prima a pagar por el Asegurado se detalla en el Certificado de Seguro correspondiente.

Frecuencia y cambios en las primas

El pago de las primas es anticipado de forma anual, sin embargo el Tomador o Asegurado, según sea el caso, tiene la posibilidad de fraccionar el pago y realizarlo mensualmente; las primas deberán ser pagadas dentro del periodo de gracia indicado en este contrato.

La Compañía tiene derecho a ajustar las primas, para lo cual notificará al tomador (modalidad no contributiva) o al tomador y al asegurado (modalidad contributiva) las nuevas primas vigentes con al menos 30 días calendario de antelación a la fecha de renovación de la póliza.

Artículo 4- Modalidad de contratación

Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro contratado por cuenta de un tercero y cuenta con la posibilidad de contratarse bajo las siguientes modalidades:

- i. Contributiva: donde los Asegurados contribuyen con parte o la totalidad de la prima.

- ii. No-contributiva: donde el Tomador paga la totalidad de la prima.

La misma debe ser detallada en las Condiciones Particulares.

Artículo 5 - Periodo de cobertura

El presente seguro establece su cobertura bajo la base de ocurrencia de siniestro, de conformidad con la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 6 - Edad incorrecta

Si la edad del Asegurado está por debajo de la edad de contratación, se procederá con la devolución de la prima y el seguro quedará sin efecto.

Artículo 7- Elegibilidad

El Tomador del seguro debe velar por que las personas que sean incluidas a la póliza colectiva cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad:

- a. Cuenten con una tarjeta de crédito y/o débito vigente.
- b. Presentar Fotocopia del documento de identidad.
- c. Demuestre estar activa laboralmente en la fecha de inicio de su cobertura individual, según definido en esta póliza.

Artículo 8 - Obligaciones del Tomador

Registro de los Asegurados Individuales

El tomador debe incluir en el sistema la información correspondiente a cada asegurado incluido en la presente póliza colectiva. La inclusión en el sistema constituye el aviso a la Compañía.

El Tomador no es un agente para la Compañía y ninguno de sus empleados tiene autoridad para renunciar o modificar las condiciones del Contrato del Seguro.

Artículo 9 - Suma asegurada

La suma asegurada de cada asegurado en esta póliza será elegida al momento de su inclusión, y se detalla en el Certificado de Seguros correspondiente. Dicha suma no podrá ser superior al límite máximo individual que se

estipule en las Condiciones Particulares. Al final de cualquier año póliza la Compañía puede establecer un nuevo límite máximo individual para los Asegurados durante el siguiente año póliza e incluir el mismo en las Condiciones Particulares mediante Adenda.

La suma total asegurada de la póliza colectiva será la sumatoria de los montos asegurados para cada Asegurado bajo esta póliza.

Artículo 10 - Inicio del Seguro y Fecha de vigencia

El seguro de cada Asegurado Individual inicia a partir de la fecha de inclusión en la póliza colectiva y tiene vigencia anual, la misma que consta en el Certificado de Seguro correspondiente. Para todos los efectos, el Certificado de Seguros será renovable automáticamente, mientras esté vigente la póliza colectiva.

Esta póliza colectiva se emite como un Seguro Anual Renovable. Iniciará según se indica en las Condiciones Particulares. Se renovará según el Artículo 14 cada año póliza.

Artículo 11 - Requisitos de inclusión de Asegurados

Para incluir Asegurados individuales que cumplan con los requisitos de elegibilidad, se debe realizar su inclusión en el sistema y acompañar el Certificado de Seguros con una copia de su documento de identidad oficial vigente.

En el caso de modalidad no contributiva, el Tomador podrá incluir Asegurados Individuales directamente en el sistema.

Artículo 12-Certificado de Seguro

La Compañía será responsable de proporcionar al Asegurado el Certificado de Seguro con la información correspondiente del aseguramiento y la póliza colectiva, conforme lo establecido por la Regulación y Normativa vigente.

El Certificado de Seguro podrá ser entregado al Asegurado por medio del Tomador.

Adicionalmente, el Asegurado podrá solicitar copia de las Condiciones Generales y Particulares que integran este seguro.

Artículo 13 - Terminación de la póliza colectiva

Salvo en los casos de terminación anticipada que permite la ley, esta póliza continuará en vigencia hasta el vencimiento de los riesgos cubiertos, sujeto a las primas que se pagan.

No obstante, el Tomador podrá terminar anticipadamente esta póliza por medio de un aviso con al menos 30 días calendario de anticipación.

Artículo 14 - Renovación de la póliza

La póliza se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza sujeta al pago de las primas requeridas. La Compañía podrá suspender temporal o permanentemente la inclusión de nuevos Asegurados Individuales en el Grupo Asegurado en el aniversario de la póliza, para lo cual deberá comunicar su decisión con al menos 30 días calendario de antelación a dicho aniversario.

El Tomador podrá generar en cualquier momento, el reporte que detalla los Asegurados y sus respectivas sumas aseguradas individuales. De esta manera el Tomador puede verificar y aprobar dicha información previo a la renovación.

Artículo 15- Período de gracia

En la modalidad No Contributiva, se permitirá un período de gracia de 30 días calendario para el pago de las primas vencidas, durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

En la modalidad Contributiva, se permitirá un periodo de gracia de 60 días calendario para el pago de las primas vencidas, durante el cual la póliza se mantendrá en pleno vigor.

Artículo 16- Período de Carencia

Se establece un período de carencia de tres (3) meses a partir de la emisión de la póliza, plazo durante el cual las coberturas de la póliza no operan si el Asegurado es diagnosticado de Cáncer.

Artículo 17 - Terminación de cobertura de Asegurados Individuales

En relación a los Asegurados que sean incluidos en la póliza colectiva, se dará por terminado el seguro de

forma inmediata cuando se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. A solicitud expresa del Asegurado, o cuando deje de formar parte del Grupo Asegurado.
- b. Vencido el periodo de gracia de la póliza sin que se registre el pago de la prima.
- c. Tras la cancelación de la póliza colectiva por parte del Tomador o por parte de la Compañía en caso de incumplimiento por parte del mismo, según lo estipulado en esta póliza.
- d. Finaliza para la Cobertura Opcional, trescientos sesenta y cinco (365) días naturales después del diagnóstico de cáncer de mama o que fallezca el asegurado, lo que ocurra primero.

SECCIÓN II – Coberturas

Esta póliza está conformada por las siguientes coberturas:

Artículo 18 - Cobertura Básica: Diagnóstico de Cáncer de Mama

La Compañía indemnizará esta cobertura si durante la vigencia de la póliza, el asegurado es diagnosticado por primera vez de cáncer de mama. Esta indemnización será brindada según la etapa en la que se encuentre el cáncer diagnosticado:

Etapa	Descripción	Monto a Indemnizar
I	Tumor localizado que presenta los cambios característicos de carcinoma “in situ”	30% del Monto Asegurado en la Cobertura Básica
IIA	Tumor con metástasis a ganglios solo axilares	100% del Monto Asegurado en la Cobertura Básica.
IIB	Tumor con metástasis a ganglios ipsolaterales	
IIIA	Tumor con metástasis a ganglios y otras estructuras	
IIIB	Tumor de cualquier tamaño con metástasis distales	
IV	Tumor metástasis grado terminal	

Una vez indemnizada, esta cobertura se cancela el certificado individual de seguro, en lo que respecta a esta cobertura y continúa vigente la cobertura opcional, si hubiese sido contratada.

Beneficio

Cuando el Asegurado sea diagnosticado por primera vez de cáncer de mama durante la vigencia de esta póliza, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la etapa del cáncer diagnosticado, en un único pago.

Beneficio Preferencial – Mujeres Mayores de 40 años

Como parte de esta cobertura, la Compañía proveerá a través de su Red de Proveedores, una mamografía anual única y exclusivamente a las mujeres aseguradas mayores de 40 años mientras se mantengan aseguradas bajo esta póliza. Este beneficio operará contra solicitud de la interesada quien deberá comunicarse con la Compañía al número telefónico (506) 2528-7527 de Lunes a Viernes en horas hábiles, para coordinar el servicio, y no deberá cancelar suma adicional alguna contra dicha solicitud o contra utilización del servicio. **Este beneficio adicional no cubre ningún costo u honorario que sea ajeno o adicional a un examen de mamografía, así como ningún costo u honorario por servicios prestados por proveedores distintos a la red de proveedores de la compañía.**

Artículo 19 - Cobertura Opcional: Muerte por el Cáncer de Mama

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura, si a consecuencia del cáncer de mama cubierto por esta póliza, el Asegurado fallece dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha del diagnóstico. La suma asegurada será pagada a los beneficiarios individuales independientemente de que el plazo de vigencia del certificado individual de seguro hubiera terminado.

Beneficio

En caso de que el Asegurado muera producto del cáncer cubierto por esta póliza dentro del plazo ya estipulado, la Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en un único pago.

Para efectos aclaratorios, se deja constancia de que el diagnóstico médico de cáncer de mama no debe contener estimaciones o pronósticos sobre la expectativa de vida o sobrevivencia máxima del Asegurado.

Exclusiones Específicas:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la muerte es por un diagnóstico distinto al amparado por esta póliza.

Artículo 20 - Exclusiones

Esta póliza no cubre bajo ninguna circunstancia:

- **En los casos en que el cáncer es diagnosticado durante el Período de Carencia.**
- **Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.**
- **La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por el cáncer cubierto por esta póliza.**
- **Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones no establecidas legalmente que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.**
- **Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.**
- **El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su Cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho de que tal persona fuere un médico especialista.**
- **Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.**
- **Cualquier tipo de cáncer o padecimiento distinto al cáncer de mama.**

SECCIÓN III - Reclamos

Artículo 21 - Procesamiento de reclamos

La Compañía pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados, la suma asegurada conforme conste en el certificado de seguro después de la provisión de:

- Solicitud de indemnización del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) en que explícitamente el (los) mismo (s) de(n) la autorización para la consulta de expediente médico.
- Copia del documento de identidad, visible, legible y vigente del Asegurado o de lo(s) beneficiario(s).
- Presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir: (i) estudios clínicos, (ii) estudios radiológicos, y (iii) estudios histológicos, y/o de laboratorio.

Muerte por cáncer de mama

- Certificado de Defunción, donde se especifique la causa y la fecha de la muerte del asegurado.
- Solicitud de Indemnización debidamente firmada por el beneficiario(s).
- Copia del documento de identificación del(los) beneficiario(s).

En caso que alguno de los anteriores documentos sea presentado en un idioma distinto al español, deberá acompañarse de una traducción oficial a dicho idioma. Asimismo, si algún documento oficial fuera emitido por una autoridad fuera de Costa Rica, incluyendo en caso de fallecimiento, el documento oficial deberá presentarse debidamente legalizado mediante el trámite consular aplicable.

Artículo 22- Beneficiarios

Los beneficiarios de esta póliza deberán ser determinados de forma específica o genérica por el Asegurado hasta por los límites que el mismo establezca y serán señalados en la Solicitud de Inclusión y/o en el Certificado de Seguro respectivo. Esta designación podrá ser modificada por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de nota debidamente firmada a la Compañía.

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

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

Artículo 23 - Plazo para indemnizar

La Compañía resolverá todas las reclamaciones, quejas, y/o gestiones que sean presentadas, y en caso procedente pagar la indemnización respectiva, en los plazos establecidos en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Sección IV - Condiciones Finales

Artículo 24- Legislación

Esta póliza se rige por las disposiciones de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, y de forma supletoria y en lo que resulte aplicable por el Código de Comercio y el Código Civil de la República de Costa Rica.

Artículo 25- Jurisdicción y arbitraje

En caso de reclamos o disputas, las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de San José, Costa Rica.

No obstante lo anterior, las partes pueden optar, por común acuerdo, por resolver las mismas a través de arbitraje de forma voluntaria e incondicional. El arbitraje será de derecho y se realizará según lo establecido en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio (CICA).

De igual forma y por común acuerdo, las partes podrán designar otro árbitro o centro de arbitraje que consideren adecuado. El árbitro tendrá la facultad de obtener la opinión de los expertos que estime conveniente sobre cualquier asunto o cuestión que se determine.

Artículo 26 - Indisputabilidad de la póliza

La validez de la póliza y sus coberturas adicionales será indisputable para cada Asegurado después de haber estado en vigor durante un período de veinte cuatro meses (24) meses, excepto por falta de pago de la prima o en presencia de un fraude.

Artículo 27 - Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador 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 del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza

Artículo 28 - Declaraciones falsas o fraudulentas

Se extinguirá la obligación de indemnizar por parte de la Compañía, si se demuestran declaraciones falsas o fraudulentas realizadas por el Asegurado, con dolo o culpa grave, cuando tal declaración le hubiera dado derecho a La Compañía a excluir, restringir o reducir esa obligación de conformidad con la Póliza. En caso de reticencia o falsedad por parte del Tomador en la declaración del riesgo, se procederá conforme al artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Artículo 29 - Cesión del contrato

El Asegurado no podrá ceder este contrato de seguro.

Artículo 30 - Modificaciones a la Póliza

Las modificaciones de la Póliza no serán efectivas sin la firma del Representante Legal de la Compañía. El Asegurado podrá solicitar las modificaciones de datos personales en el momento que lo desee, mediante comunicación a la Compañía.

Artículo 31- Notificaciones

Las comunicaciones que se dirijan a la Compañía deberán realizarse por escrito y enviadas directamente a las oficinas ubicadas en 102 Avenida Escazú, Torre 2, Suite 405 en San Rafael de Escazú, San José, fax 2208-8817, correo electrónico Reclamos@sagicor.com.

En el caso de que la notificación sea enviada por el Asegurado Individual, éste podrá hacerlo a través de las oficinas del Tomador.

Cualquier notificación o aviso que la Compañía deba hacer al Tomador y/o al Asegurado Individual se realizará por cualquier medio escrito o electrónico, tales como fax, correo electrónico, entrega personal o correo certificado, estos últimos dirigidos a la dirección física consignada en la póliza.

En caso de existir una modificación en el domicilio y/o medio de notificación a ser utilizado, el mismo deberá ser notificado por escrito a la Compañía, quien confirmará la recepción de tal cambio y lo registrará en el sistema ya que, de lo contrario, toda notificación realizada en cualquiera de las direcciones consignadas en la Póliza se tendrá como válida.

Artículo 32 - Prescripción

Las obligaciones de La Compañía prescriben en el plazo en cuatro (4) años, contados a partir de que las mismas son exigibles.

Artículo 33- Legitimación de capitales

El Tomador se compromete con La Compañía a brindar información veraz y verificable, a efecto de completar el formulario 'Conozca su Cliente'. Asimismo se compromete a realizar la actuación de los datos contenidos en dicho efecto cuando la Compañía solicite su colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza si el Tomador incumple con esta obligación cuando se le solicite. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Asegurado y/o Tomador, según corresponda, dentro de los 30 días siguientes contados a partir de la cancelación de la póliza.

Artículo 34 - Confidencialidad de la información

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

Artículo 35 - Delimitación geográfica

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

Artículo 36 - Moneda

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares, moneda oficial de los Estados Unidos de América. Toda indemnización se realizará en Dólares, moneda oficial de los Estados Unidos de América.

No obstante, las obligaciones monetarias de las partes podrán ser honradas por el equivalente en Colones según el tipo de cambio publicado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha de pago respectiva.

Artículo 37 - Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número P20-62-A12-536 del 26 de agosto del 2014.

Representante Legal
Aseguradora Sagicor Costa Rica S. A.

Solicitud de Seguro

Seguro Colectivo Cáncer de Mama Dólares



Datos Generales del Tomador del Seguro			
Razón Social:		Cédula Jurídica:	
Actividad de la empresa o negocio:			
Fecha de constitución:		Fecha Inicio de Actividades	
Domicilio: Provincia:		Cantón:	Distrito:
Dirección Exacta:			
Apartado Postal:		Teléfono:	Fax:
E-Mail:		Página Web:	
Descripción y características de la actividad incluyendo los productos o servicios brindados:			
Datos del Seguro Colectivo			
Vigencia: Desde:	Hasta:	Forma de Pago:	
Modalidad de Contratación:	<input type="checkbox"/> No Contributiva	<input type="checkbox"/> Contributiva	Porcentaje:
Intermediario:			
Coberturas:			
	Básica Diagnóstico de Cáncer de Mama	Si	
	Beneficio Preferencia - Mayores 40 años	Si	
	Opcional Muerte por Cáncer de Mama	N/A	
Datos Generales del Grupo a Asegurar			
Número esperado de asegurados individuales:	0	Edad Promedio esperada:	0 años
Número de Personas Mayores de 40 años (Beneficio de Mamografía):			
Monto máximo Individual esperado:	USD \$ 0,00		
Monto Asegurado esperado:	USD \$ 0,00		

Beneficio Preferencial – Mujeres Mayores de 40 años: Como parte de esta cobertura, y sin que implique ninguno costo adicional para el Asegurado sea por concepto de prima o deducible, la Compañía proveerá a través de su Red de Proveedores, una mamografía anual única y exclusivamente a las mujeres aseguradoras mayores de 40 años mientras se mantengan aseguradas bajo esta póliza. Este beneficio operará contra solicitud de la interesada quien deberá comunicarse con la Compañía al número telefónico (506) 2528-7527 de Lunes a Viernes en horas hábiles, para coordinar el servicio, y no deberá cancelar suma adicional alguna contra dicha solicitud o contra utilización del servicio. Este beneficio adicional no cubre ningún costo u honorario que sea ajeno o adicional a un examen de mamografía, así como ningún costo u honorario por servicios prestados por proveedores distintos a la red de proveedores de la compañía.

Este documento sólo constituye 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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número P20-62-A12-536 de fecha 26 de Agosto de 2014.

Firma Representante
Nombre de la Empresa

Avenida Escazú, Torre Lexus, piso 6, oficina 603, San Rafael, Escazú.
 Tel. +506 4080-5200 Fax. +506 2208-8817 Web. www.sagicor.cr



Solicitud de Inclusión

Seguro Colectivo Cáncer de Mama Dólares



Nombre del Tomador: _____ Número de Póliza: _____
 Cédula Jurídica: _____ Forma de Pago: _____
 Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____
 Modalidad Contratación: No Contributiva Contributiva Porcentaje
 Intermediario: _____

Datos Personales del Asegurado			
Nombre Completo:		No. Identificación:	
Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
E-Mail:		Teléfono Personal:	
Teléfono de Oficina:	Teléfono Vivienda:	Fax o Apartado:	
Domicilio: Provincia:	Cantón:	Distrito:	
Dirección Exacta:			
Datos del Seguro Colectivo			
Cobertura	Suma Asegurada	Prima	
Diagnóstico de Cáncer	USD \$ 0,00	USD \$ 0,00	
Muerte por el Cancer Diagnosticado	USD \$ 0,00	USD \$ 0,00	
<i>El carcinoma "in situ" pagará el 30% de la suma asegurada</i>			
<i>Este seguro no aplica deducible.</i>			
Registro de Beneficiarios	Beneficiario No.1	Beneficiario No.2	Beneficiario No.3
Nombre Completo			
No. de Identificación			
Dirección Exacta			
No. De Teléfono			
Relación con el Asegurado			
Porcentaje de Participación			

Beneficio Preferencial – Mujeres Mayores de 40 años: Como parte de esta cobertura, y sin que implique ninguno costo adicional para el Asegurado sea por concepto de prima o deducible, la Compañía proveerá a través de su Red de Proveedores, una mamografía anual única y exclusivamente a las mujeres aseguradoras mayores de 40 años mientras se mantengan aseguradas bajo esta póliza. Este beneficio operará contra solicitud de la interesada quien deberá comunicarse con la Compañía al número telefónico (506) 2528-7527 de Lunes a Viernes en horas hábiles, para coordinar el servicio, y no deberá cancelar suma adicional alguna contra dicha solicitud o contra utilización del servicio. Este beneficio adicional no cubre ningún costo u honorario que sea ajeno o adicional a un examen de mamografía, así como ningún costo u honorario por servicios prestados por proveedores distintos a la red de proveedores de la compañía.

Este documento sólo constituye 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.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P20-62-A12-536 de fecha 26 de Agosto de 2014.

Firma del Solicitante

Avenida Escazú, Torre Lexus, piso 6, oficina 603, San Rafael, Escazú.
Tel. +506 4080-5200 Fax. +506 2208-8817 Web. www.sagicor.cr

