

***Seguros Bolívar Aseguradora Mixta, S.A.***

**Vida Individual Colones "Protección Vida"**

**Código de producto: P14-26-A08-248  
(Versión 2)**

**Fecha registro (V2): 27-jun-13**

**Oficio solicitud registro: s/n**



**Aseguradora: SEGUROS BOLÍVAR Aseguradora Mixta S.A.**

**CONDICIONES GENERALES del Seguro de Vida Individual en Colones PROTECCIÓN VIDA**

**Código de producto: P14-26-A08-248**

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL EN COLONES  
"PROTECCIÓN VIDA"  
SEGUROS BOLÍVAR**

**I. DEFINICIONES**

**ANEXO:** Documento contractual que complementa lo dispuesto en las **CONDICIONES GENERALES** cuando ha sido consentido por las partes y que regula las **COBERTURAS** adicionales a las que se obliga **SEGUROS BOLÍVAR** frente al **BENEFICIARIO**.

**ASEGURADO:** Persona que en sí misma está expuesta al riesgo cubierto y que se identifique como tal en las **CONDICIONES PARTICULARES**.

**BENEFICIARIO:** Para la cobertura básica de riesgo de muerte y cobertura adicional de muerte accidental es la persona designada por el **ASEGURADO** a cuyo favor se girarán los pagos a los que se obligue **SEGUROS BOLÍVAR** en virtud del siniestro cubierto por esta póliza. Para el resto de coberturas adicionales, desmembración, renta mensual por incapacidad, gastos médicos, enfermedades graves con cáncer de cérvix y sin cáncer de cérvix, exoneración de pago de primas por invalidez e incapacidad total y permanente la condición de **BENEFICIARIO** recaerá sobre el mismo **ASEGURADO** o sus representantes. En el caso de incapacidad total y permanente se admitirán beneficiarios acreditantes, según lo dispuesto en la condición general octava.

**COBERTURA:** Protección contra el riesgo a la que se compromete **SEGUROS BOLÍVAR** en favor del **BENEFICIARIO**.

**CONDICIONES GENERALES:** Cláusulas que contemplan los principios básicos que rigen las relaciones contractuales estricto sensu aplicables a todos los seguros que se contraten del mismo producto.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Cláusulas que contemplan aspectos concretos relativos al tipo de riesgo individualizado que se asegura y que en función de éste amplían o modifican las **CONDICIONES GENERALES**. Forman parte integral del contrato.



**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA INCLUSIÓN DE COBERTURA O AUMENTO DE SUMA ASEGURADA:** Documento a completar por el ASEGURADO en el que constan declaraciones bajo fe de juramento sobre su riesgo, con el fin de que SEGUROS BOLÍVAR incluya una cobertura adicional o aumente la suma asegurada.

**EDAD MÁXIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA:** Es la edad máxima en la que un individuo puede asegurarse bajo esta póliza.

**EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN:** Es la edad máxima en la cual es posible renovar la cobertura pactada. Cuando se indica que llega hasta cierta edad en años significa que la renovación podrá darse durante todo el año en que cuente con esa edad y hasta el día antes de cumplir un año de edad adicional.

**EDAD MÍNIMA DE ASEGURAMIENTO:** Es la edad mínima con la que debe contar un individuo para ser ASEGURADO bajo esta póliza de seguro individual.

**FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:** Formulario en el que consta el dictamen profesional de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud del ASEGURADO que SEGUROS BOLÍVAR puede solicitar a esas personas según se estipula en la CONDICIÓN GENERAL 15.1.

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE:** Formulario en el que consta la información y documentos requeridos que debe presentar el BENEFICIARIO a SEGUROS BOLÍVAR al momento de presentar una reclamación relacionada con las coberturas de esta póliza conforme lo indicado en la CONDICIÓN GENERAL DÉCIMO TERCERA. Una copia del mismo se entregará al ASEGURADO por parte de SEGUROS BOLÍVAR cuando se complete la SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO.

**HOJA DE SERVICIO:** Formulario mediante el cual el ASEGURADO puede:

- Revocar designaciones de BENEFICIARIOS, designar nuevos BENEFICIARIOS o sustituir BENEFICIARIOS notificándolo debidamente según se indica en la CONDICIÓN GENERAL NOVENA.
- Solicitar la inclusión o exclusión de coberturas
- Modificar valores asegurados
- Corregir o actualizar datos personales
- Solicitar cambios de periodicidad de pago
- Solicitar cambios en la forma de pago
- Incluir o excluir asegurados



Una copia de este formulario se entregará al ASEGURADO por parte de SEGUROS BOLÍVAR en el momento en que realice la diligencia correspondiente.

**INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC):** Es el nivel de precios computado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, sobre una base mensual, siendo esta la razón del costo de bienes de consumo específicos en cualquier periodo de un año al costo de aquellos artículos en el año base.

**INDISPUTABILIDAD:** Circunstancia en virtud de la cual SEGUROS BOLÍVAR no puede liberarse de su obligación frente al BENEFICIARIO o ASEGURADO con base en las reticencias o inexactitudes respecto a situaciones médicas preexistentes en las que, sin mala fe, haya incurrido el ASEGURADO al efectuar la declaración del riesgo.

**LIMITE DE EDADES:**

- a. Edad mínima de aseguramiento para todas las COBERTURAS: 20 años.
- b. Edad máxima de ingreso para la cobertura básica de riesgo de muerte: 70 años
- c. Edad máxima de ingreso para la cobertura de riesgo de Incapacidad Total y Permanente: 60 años
- d. Edad máxima de ingreso para la cobertura de riesgo enfermedades graves: 55 años.
- e. Edad máxima de ingreso para la cobertura de riesgo accidentes personales: 60 años.
- f. Edad máxima de renovación para la cobertura básica: 80 años.
- g. Edad máxima de renovación para la cobertura incapacidad total y permanente y enfermedades graves 64 años.
- h. Edad máxima de renovación para la cobertura accidentes personales: 65 años.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:** Se refiere a los requisitos en función de edad y suma asegurada que SEGUROS BOLÍVAR consideró para la aceptación de los riesgos cubiertos. Los mismos se disponen en formato de tabla en el formulario SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD y se refieren en la nota jurídica número 4 de ese mismo formulario. El costo de dichos requisitos estuvo a cargo de SEGUROS BOLÍVAR salvo si justificadamente se indicó que los mismos correrían por cuenta del, en ese momento, aspirante a asegurado.

**SEGUROS BOLÍVAR:** Entidad aseguradora SEGUROS BOLÍVAR Aseguradora Mixta S.A., cédula jurídica 3-101-609202.



**SOLICITUD DE SEGURO:** Solicitud de aseguramiento presentada a SEGUROS BOLÍVAR, incluye declaraciones bajo fe de juramento por parte del solicitante aspirante a devenir ASEGURADO que forman parte integral del contrato.

**SUMA ASEGURADA:** Es el valor que se compromete a pagar SEGUROS BOLÍVAR al BENEFICIARIO, en caso de aplicación de la COBERTURA. La SUMA ASEGURADA se indicará en las CONDICIONES PARTICULARES.

**TOMADOR:** Es la persona a cuyo nombre se expide la presente póliza de vida, identificada como tal en las CONDICIONES particulares. Vale la pena aclarar, para efectos de esta póliza, que la condición de TOMADOR Y ASEGURADO usualmente recaerá sobre la misma persona, no obstante se admiten casos en los que tales CONDICIONES recaigan sobre personas distintas, con la condición que el tomador sea persona jurídica.

## **II. CONDICIONES GENERALES.**

### **CONDICIÓN PRIMERA.- TERMINOS DEL CONTRATO.**

El presente contrato de seguro de vida individual se encuentra regido según los términos dispuestos, en el siguiente orden de prelación, por:

- 1.1.** Las CONDICIONES PARTICULARES.
- 1.2.** Las presentes CONDICIONES GENERALES y sus ANEXOS.
- 1.3.** La SOLICITUD DE SEGURO del ASEGURADO aceptada por SEGUROS BOLÍVAR.
- 1.4.** Los resultados de los exámenes médicos del ASEGURADO, según aplique la tabla de requisitos de asegurabilidad.
- 1.5.** Las declaraciones del TOMADOR del seguro o sus representantes.
- 1.6.** La Ley de Seguros Nº 11 del 2 de octubre de 1922 y demás legislación aplicable.

### **CONDICIÓN SEGUNDA.- COBERTURAS**

#### **2.1. COBERTURA básica**

Esta póliza de seguro de vida individual cubre el riesgo de muerte del ASEGURADO.

#### **2.2. ANEXOS Y COBERTURAS adicionales**

Mediante convenio expreso, entre SEGUROS BOLÍVAR y el TOMADOR o ASEGURADO, SEGUROS BOLÍVAR otorga las COBERTURAS adicionales que a continuación se indica a través de la suscripción de los siguientes ANEXOS a la presente póliza:

##### **2.2.1. Anexo de accidentes personales**



- 2.2.1.1. Muerte Accidental**
- 2.2.1.2. Desmembración**
- 2.2.1.3. Renta mensual por incapacidad**
- 2.2.1.4. Gastos médicos**
- 2.2.2. Anexo de Enfermedades Graves con Cáncer de Cérvix.**
- 2.2.3. Anexo de Enfermedades Graves sin Cáncer de Cérvix**
- 2.2.4. Anexo de incapacidad total y permanente**
- 2.2.5. Exoneración de pago de primas por invalidez**

Por tratarse de ANEXOS a las CONDICIONES GENERALES, salvo lo que allí se indique específicamente, el resto de las CONDICIONES GENERALES les son aplicables. Para la suscripción de las coberturas adicionales que se incluyen en esos ANEXOS deberá cumplirse con un pago adicional de prima, salvo en el caso de exoneración de pago de primas por invalidez que no tiene costo. En el caso de la inclusión de la enfermedad Cáncer de Cérvix, en el anexo de enfermedades graves, la misma responde a un requisito de asegurabilidad y no al pago de una extraprima respecto a la cobertura de enfermedades graves según se indica en el respectivo ANEXO.

### **CONDICIÓN TERCERA.- EXCLUSIONES**

Dentro de los dos (2) primeros años, contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia del seguro, SEGUROS BOLIVAR no queda obligada al pago de ninguna indemnización por los siguientes eventos:

#### **3.1. Suicidio.**

Si el asegurado se quitare la vida estando en su sano juicio o demente.

#### **3.2. Infección por vih o sida.**

Muerte derivada o relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana cuando así lo consigne el especialista médico responsable del caso.

Transcurrido el plazo señalado, tanto el evento de suicidio como el de muerte derivada o relacionada con infección por vih o sida del ASEGURADO están cubiertos bajo la presente póliza, siempre y cuando el diagnóstico del vih positivo o sida, si es el caso, haya sido posterior a la fecha de ingreso a la póliza.

Lo anterior aplicará igualmente en casos de incremento de la SUMA ASEGURADA solicitada por el ASEGURADO, únicamente respecto al monto aumentado. Los dos años, empezarán a contarse a partir del momento en que SEGUROS BOLÍVAR informe al ASEGURADO la aceptación del incremento de la SUMA ASEGURADA.

### **CONDICIÓN CUARTA.- INTERÉS ASEGURABLE**

Esta póliza en caso de ser contratada por un TOMADOR distinto del ASEGURADO, es nula si no existe el consentimiento del ASEGURADO antes de su celebración.



#### **CONDICIÓN QUINTA.- SUMA ASEGURADA**

La SUMA ASEGURADA de la cobertura básica de riesgo de muerte en cualquier momento de la vigencia de la póliza corresponde al valor que se indica como tal en Colones en las CONDICIONES PARTICULARES a la fecha de expedición del seguro.

El incremento de la SUMA ASEGURADA se liquidará en cada uno de los aniversarios de la póliza según el IPC de los últimos 12 meses emitido por la autoridad competente, el cual se establece con la información conocida un mes antes de la renovación aplicado sobre el valor asegurado de la emisión del seguro para el primer aniversario y en los años siguientes sobre el valor asegurado acumulado, teniendo en cuenta los incrementos anteriores.

Cualquier solicitud de modificación de la SUMA ASEGURADA por parte del TOMADOR DEL SEGURO o el ASEGURADO estará sujeta a la aprobación de SEGUROS BOLÍVAR.

#### **CONDICIÓN SEXTA.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO**

El ASEGURADO deberá cumplir con todas las obligaciones que se detallan en la presente condición y las que se especifiquen en los ANEXOS el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones generará el derecho de SEGUROS BOLÍVAR a quedar liberado de sus obligaciones contractuales, reteniendo en todo caso la prima devengada y pudiendo retener gastos y la prima no devengada según se especifique en cada situación.

##### **6.1. Pago de la prima**

6.1.1. Obligación de pago. El ASEGURADO deberá cumplir con el pago de la prima del seguro, según lo dispuesto en las CONDICIONES PARTICULARES. El incumplimiento de esa obligación generará la terminación automática del contrato a partir del momento en que tuvo lugar la mora. En caso que se haya otorgado la COBERTURA durante el período de gracia, se realizará el cobro correspondiente en el monto proporcional al número de días transcurridos hasta la terminación automática.

6.1.2. Lugar y medios de pago. Las primas correspondientes al seguro de vida y las coberturas adicionales que se incluyan deben pagarse en cualquiera de las oficinas autorizadas por SEGUROS

**BOLÍVAR, en el territorio nacional según se indica en las CONDICIONES PARTICULARES.**

**El TOMADOR o ASEGURADO también podrá efectuar los pagos mediante la opción de débito automático a través de tarjetas de crédito, cuentas corrientes o cuentas de ahorro, según autorización expresa que constará en la SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO..**

**Las opciones de pago en la oficina y a través de débito automático, estarán limitadas a las autorizadas por SEGUROS BOLÍVAR según conste en las CONDICIONES PARTICULARES.**

**En caso de convenirse alguna posibilidad de pago distinta deberá disponerse así en las CONDICIONES PARTICULARES.**

**En caso de que el TOMADOR pague en Dólares lo hará al tipo de cambio para la venta de Colones vigente ese día en el banco de la cuenta para depósito de primas indicada en las CONDICIONES PARTICULARES. De hacer el pago en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR la referencia será el tipo de cambio para la venta que indique el Banco Central de Costa Rica.**

**6.1.3. Periodicidad para el pago de las primas. A solicitud escrita del TOMADOR Y/O ASEGURADO, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá fraccionarse en períodos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, sujeto a la aprobación de SEGUROS BOLÍVAR que constará en las CONDICIONES PARTICULARES. El porcentaje de recargo para pago semestral es de 4.2%, para pago trimestral es de 6.4% y para pago mensual es de 8.0% todos los porcentajes respecto a la prima comercial total.**

**6.1.4. Plazo de gracia. Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, a partir de las fechas convenidas y que para tal efecto se ha señalado en LAS CONDICIONES PARTICULARES. La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, producirá la terminación automática del contrato y sus ANEXOS. Si ocurre**



algún siniestro cubierto durante el período de gracia, SEGUROS BOLÍVAR deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.

#### **6.2. Declaración del riesgo**

El ASEGURADO está obligado a declarar a SEGUROS BOLÍVAR todos los hechos y circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes según sus conocimientos y capacidad de entendimiento en la valoración del riesgo. Quedará relevado de esta obligación cuando SEGUROS BOLÍVAR conozca o debiera razonablemente conocer la situación

La reticencia o falsedad intencional por parte del ASEGURADO, sobre hechos o circunstancias que conocidos por SEGUROS BOLÍVAR hubieren 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 equívoco significado. La misma será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.

Si la reticencia o inexactitud no son intencionales se procederá de la siguiente manera:

**6.2.1. SEGUROS BOLÍVAR** tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al ASEGURADO la modificación del contrato la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de su notificación SEGUROS BOLÍVAR podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión, y reintegrando, el valor de primas no devengadas, según el caso, que deberá estar a disposición del TOMADOR en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR a más tardar diez días hábiles después de terminado el contrato.

**6.2.2. Si SEGUROS BOLÍVAR** demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, y reintegrando, de ser el caso, el sobrante de primas no devengadas que deberá estar a disposición



del TOMADOR en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR a más tardar diez días hábiles después de terminado el contrato.

Si la reticencia o falsedad son intencionales, el contrato se tendrá por nulo pero SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho a devengar la totalidad de las primas pagadas.

Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión del contrato, siendo la reticencia o inexactitud no intencional, SEGUROS BOLÍVAR estará obligado a brindar la prestación proporcional que le correspondería en relación con la prima pagada y aquella que debió haberse pagado si el riesgo hubiera sido correctamente declarado. Si SEGUROS BOLÍVAR en caso de haber conocido la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación reteniendo las primas pagadas o reintegrando las no devengadas según el vicio sea o no atribuible a mala fe del ASEGURADO respectivamente.

#### **6.3. Declaración correcta de la edad**

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

- 6.3.1. Si la edad real está fuera de los límites autorizados por la tarifa de SEGUROS BOLÍVAR, indicados en las definiciones de límites de edad del contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la condición 6.2..
- 6.3.2. Si la edad real es mayor que la declarada, la SUMA ASEGURADA se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por SEGUROS BOLÍVAR.
- 6.3.3. Si la edad real es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 6.3.2. de la presente condición.

#### **6.4. Notificación de agravación del riesgo**

En caso que por cambios de hábitos del ASEGURADO, la posibilidad de fallecimiento de éste aumente de manera importante y perdurable en el tiempo, el ASEGURADO deberá notificarlo de inmediato a SEGUROS BOLÍVAR.

La notificación se hará con no menos de diez días naturales de antelación a la fecha en que se inicie la AGRAVACIÓN DEL RIESGO, si ésta depende de la voluntad del ASEGURADO. Si la AGRAVACIÓN DEL RIESGO no depende de la voluntad del ASEGURADO, éste deberá notificarla a SEGUROS BOLÍVAR dentro de los cinco días



naturales siguientes al momento en que tuvo, o debió razonablemente tener, conocimiento de la misma, lo cual se presume transcurrido treinta días naturales desde el momento de la modificación del riesgo.

Notificada la AGRAVACIÓN DEL RIESGO en los términos indicados, o adquirido de otra forma el conocimiento de la situación de AGRAVACIÓN DEL RIESGO por parte de SEGUROS BOLÍVAR, se procederá de la siguiente manera:

- 6.4.1. A partir del recibo de la comunicación o puesta en conocimiento, SEGUROS BOLÍVAR contará con un mes para proponer la modificación de las CONDICIONES de la póliza. La modificación propuesta tendrá efecto al momento de su comunicación al ASEGURADO cuando fuera aceptada por éste. Asimismo, SEGUROS BOLÍVAR podrá rescindir el contrato si demuestra que las nuevas CONDICIONES del riesgo hubieran impedido su celebración, deberá en este caso reintegrar las primas no devengadas que estarán a disposición del TOMADOR a más tardar diez días hábiles después de terminada la cobertura en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR.
- 6.4.2. SEGUROS BOLÍVAR podrá rescindir el contrato si en el plazo de diez días hábiles, contados a partir del recibo de la propuesta de modificación, el ASEGURADO no la aceptare. En ese caso deberá reintegrar las primas no devengadas que estarán a disposición del TOMADOR a más tardar diez días hábiles después de terminada la cobertura en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR.

El incumplimiento por parte del ASEGURADO de sus deberes de notificación dará derecho a SEGUROS BOLÍVAR a dar por terminado el contrato. La terminación del contrato surtirá efecto al momento de recibida por parte del ASEGURADO la comunicación de SEGUROS BOLÍVAR. Si el incumplimiento fuere intencional se tendrá por terminado el contrato a partir del momento en que debió notificarse. Se entenderá por intencional si la agravación fue evidente para el ASEGURADO y aun así no la notificó a SEGUROS BOLÍVAR.

En caso de ocurrir un siniestro, sin que el ASEGURADO hubiere comunicado la AGRAVACIÓN DEL RIESGO, SEGUROS BOLÍVAR podrá reducir la indemnización en forma



proporcional a la prima que debió haberse cobrado. En caso de que SEGUROS BOLÍVAR justifique que las nuevas CONDICIONES hubieren impedido el aseguramiento, quedará liberado de su obligación restituyendo las primas no devengadas las cuales quedarán a disposición del TOMADOR y/o ASEGURADO en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR a más tardar diez días hábiles después de declinado el reclamo. Cuando el ASEGURADO omitiere la notificación con dolo o culpa grave SEGUROS BOLÍVAR podrá retener la prima no devengada y quedará liberado de su obligación.

#### **6.5. Aviso de siniestro**

El BENEFICIARIO o los BENEFICIARIOS deberán dar aviso del siniestro a SEGUROS BOLÍVAR, por los medios y en el plazo indicado en la CONDICIÓN GENERAL DECIMA.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de SEGUROS BOLÍVAR de constatar circunstancias relacionadas con el evento, permitirá a SEGUROS BOLÍVAR deducir de la indemnización, en caso que corresponda, los daños y perjuicios que le ocasione ese incumplimiento fundamentando debidamente los mismos.

#### **6.6. Cooperación**

Durante la tramitación de reclamos, el BENEFICIARIO deberá brindar a SEGUROS BOLÍVAR toda la colaboración que se encuentre a su alcance y que sea solicitada por SEGUROS BOLÍVAR.

#### **6.7. Prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo.**

Durante la vigencia del presente contrato, incluidos los trámites de indemnización el TOMADOR DE SEGURO O ASEGURADO se comprometen a brindar la información que requiera SEGUROS BOLÍVAR para cumplir con sus obligaciones relativas a la prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo y a actualizar dicha información. Los BENEFICIARIOS del seguro también se encontrarán obligados, en los términos de esta disposición, de cumplir con la misma en caso contrario SEGUROS BOLÍVAR podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

### **CONDICIÓN SEPTIMA.- BENEFICIARIOS**

El ASEGURADO y/o el TOMADOR con consentimiento del ASEGURADO, designará el BENEFICIARIO o los BENEFICIARIOS que recibirán el pago al que se obliga SEGUROS BOLÍVAR en caso de siniestro indicando, en el supuesto que sean varios, la proporción aplicable para el pago de la indemnización a cada beneficiario, dicho pago debe ser igual a la suma asegurada alcanzada al momento de causarse la indemnización. Los beneficiarios designados constarán en las CONDICIONES PARTICULARES.



El ASEGURADO podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza mediante HOJA DE SERVICIO notificado físicamente a SEGUROS BOLÍVAR. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del BENEFICIARIO anterior, excepto cuando éste tenga la calidad de acreditante, caso en el cual, para cambiarlo, se requiere su consentimiento o la desaparición del interés que lo legitima. El cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a SEGUROS BOLÍVAR; adicionalmente, en este documento debe constar el sello y la fecha de recibido por parte de SEGUROS BOLÍVAR.

En el caso que existan varias designaciones vigentes, el ASEGURADO deberá indicar la proporción u orden de prelación de las mismas en virtud del interés asegurable correspondiente, de no hacerlo SEGUROS BOLÍVAR pagará inicialmente al o los beneficiarios acreditantes según el orden de prelación en el que fueron designados. De no existir beneficiarios acreditantes o de subsistir un saldo de la suma asegurada sin pagar, la misma se repartirá entre el resto de beneficiarios en forma alícuota.

En caso de fallecimiento de algún beneficiario o que su designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, la suma que le hubiera correspondido se repartirá proporcionalmente entre el resto de beneficiarios no acreditantes. Cuando lo anterior afecte a todos los beneficiarios o no exista designación SEGUROS BOLÍVAR depositará la suma a indemnizar a la orden del albacea del proceso sucesorio respectivo.

**Advertencia de conformidad con el Apartado VI.1. del Anexo 15 del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de Funcionamiento de Entidades Supervisadas por la SUGESE:** 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.

**CONDICIÓN OCTAVA.- BENEFICIARIOS ACREDITANTES.**



Además de lo indicado en la cláusula anterior cuando el seguro se contrata a instancia de acreditante (s) para que les sea cubierto el saldo insoluto del crédito al sobrevenir el fallecimiento, o la incapacidad total y permanente, cuando también cuente con esta cobertura adicional, de los acreditados asegurados, aplicará lo siguiente:

- 8.1** En caso de que se designe beneficiario acreditante, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será el equivalente al saldo insoluto del monto principal e intereses corrientes y moratorios adeudados del crédito pero sin exceder la SUMA ASEGURADA convenida. La manera de acreditar la existencia de la deuda y el saldo insoluto referido será mediante la solicitud formal del acreedor respaldada con una certificación de contador público autorizado.
- 8.2** Cuando el tomador del seguro sea distinto del ASEGURADO deberá hacer llegar al acreditado asegurado una copia de la póliza así como la descripción y monto de cada una de las coberturas incluidas a más tardar un mes después de contar con esa información.
- 8.3** La designación de beneficiario en favor del acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo insoluto de crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida, según lo indicado en la condición 8.1.. Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará en caso de incapacidad total y permanente al acreditado asegurado, en caso de muerte, a sus beneficiarios distintos del acreditante o a su sucesión, según corresponda de conformidad con la condición general séptima.
- 8.4** El acreditado asegurado o sus causahabientes o BENEFICIARIOS tendrán derecho a exigir que SEGUROS BOLÍVAR pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto amparado por el seguro según lo indicado en la condición 8.1..
- 8.5** SEGUROS BOLÍVAR se obliga a notificar al acreditado asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el asegurador pague al acreditante beneficiario del seguro el importe del saldo insoluto, en caso que contractualmente corresponda. El acreditado asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio al asegurador para que éste llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el inciso precedente.

#### **CONDICIÓN NOVENA.- IRREDUCTIBILIDAD**



Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO desde la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, la SUMA ASEGURADA por la cobertura básica de vida referida en la CONDICIÓN GENERAL QUINTA no podrá ser reducida por causa de error no intencional en la declaración de asegurabilidad.

#### **CONDICIÓN DECIMA.- INDISPUTABILIDAD**

La presente póliza será indisputable por parte de SEGUROS BOLÍVAR respecto a reticencias o falsedades no intencionales relacionadas con la declaración inicial del riesgo, una vez que transcurran tres años desde el perfeccionamiento del contrato.

#### **CONDICIÓN DECIMA PRIMERA.- TRÁMITE DE RECLAMACIÓN**

- 11.1 Aviso de siniestro:** De conformidad con la condición 6.5. el BENEFICIARIO o el ASEGURADO deberán dar aviso por escrito a SEGUROS BOLÍVAR dentro de los treinta días naturales siguientes a la ocurrencia del evento susceptible de activar los beneficios de esta póliza. El aviso deberá indicar lo estipulado en el formulario de DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE. SEGUROS BOLÍVAR solicitará al reclamante la aportación de la documentación requerida que se encuentra en el documento FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE. Lo requerido deberá aportarse conforme se indica en la CONDICION GENERAL DECIMA SEGUNDA.
- 11.2 Constataciones médicas y forenses:** A su cargo, SEGUROS BOLÍVAR podrá requerir realizar exámenes médicos a la persona asegurada asociados razonablemente a la reclamación presentada a efectos de valorar la procedencia de la misma. En caso de fallecimiento podrá examinar el cadáver y efectuar autopsias así como cualquier otra acción que le permita investigar las circunstancias que originaron la muerte.
- 11.3 Indemnización:** En caso que proceda la indemnización por parte de SEGUROS BOLÍVAR tendrá lugar a los 30 días naturales siguientes a la fecha en que el reclamante haya presentado el reclamo conforme a lo indicado en la condición DECIMA TERCERA.

#### **CONDICIÓN DECIMA SEGUNDA.- OBLIGACIÓN DE DAR RESPUESTA OPORTUNA AL RECLAMO**

En los términos del artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, SEGUROS BOLÍVAR brindará respuesta oportuna a todo reclamo dentro del plazo máximo



de 30 días naturales a partir del momento en que presente formalmente el reclamo conforme al FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE. A más tardar diez días hábiles luego de presentado el reclamo, SEGUROS BOLÍVAR indicará por escrito en forma clara la documentación y requisitos que se encuentren pendientes de presentación. La documentación y requisitos requeridos por SEGUROS BOLÍVAR para analizar y definir la reclamación, deberá aportarse a SEGUROS BOLÍVAR dentro de los siguientes diez días hábiles, período durante el cual se entenderá suspendido el plazo máximo indicado de 30 días naturales. Si el ASEGURADO o BENEFICIARIO no presentare la información faltante en el plazo requerido (10 días hábiles) o la misma fuera reticente, inexacta o incompleta, el reclamo podrá ser declinado sin perjuicio que el ASEGURADO o BENEFICIARIO pueda plantearlo nuevamente con la información completa para valorar su procedencia, salvo si la reticencia o inexactitud fuesen intencionales en cuyo caso se declinará de manera definitiva el reclamo.

#### **CONDICIÓN DECIMA TERCERA.- FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

**13.1** Plazo para el pago. En caso de fallecimiento del ASEGURADO, SEGUROS BOLÍVAR pagará a los BENEFICIARIOS la SUMA ASEGURADA alcanzada a la fecha de siniestro según lo dispuesto en la condición QUINTA. El pago, cuando corresponda, se efectuará dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que el o los BENEFICIARIOS presenten el reclamo, según lo indicado en las CONDICIONES GENERALES DECIMA PRIMERA Y DECIMA SEGUNDA.

Conforme a la autorización otorgada en la SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO, por el ASEGURADO, SEGUROS BOLÍVAR estará facultada para solicitar, aún después del fallecimiento del ASEGURADO, el dictamen profesional de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos.

**El ASEGURADO o BENEFICIARIOS quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.**

El ASEGURADO o BENEFICIARIOS, a petición de SEGUROS BOLÍVAR deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

**13.2** Pago de la indemnización. El pago se realizará como una suma total a favor de los BENEFICIARIOS en Colones por la SUMA ASEGURADA a la fecha de siniestro, de acuerdo con el porcentaje asignado por el



ASEGURADO a cada uno de ellos respetando primeramente lo indicado en la condición séptima.

Cualquier suma pagadera por SEGUROS BOLÍVAR bajo la presente póliza, será cancelada en sus oficinas. Toda deuda, por concepto de primas pendientes de pago, a favor de SEGUROS BOLÍVAR en razón de esta póliza, será deducida al efectuar cualquier liquidación a favor del ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS. Las primas pendientes de pago incluyen también las cuotas de la prima, aun no ingresadas, correspondientes al período de cobertura vigente al momento de cancelación anticipada de la póliza por indemnización total de la SUMA ASEGURADA.

#### **CONDICIÓN DECIMA CUARTA.- RENOVACIÓN**

Salvo que el TOMADOR comunique a SEGUROS BOLÍVAR o viceversa, con al menos un mes de antelación al término de la vigencia de la póliza de seguro de vida, su intención de no renovar la misma, ésta se entenderá renovada automáticamente por un período de un año adicional. SEGUROS BOLÍVAR remitirá al TOMADOR una comunicación en la que indicará la nueva vigencia y la prima que debe pagarse, dicha comunicación deberá ser recibida por el TOMADOR a más tardar cinco días antes de la fecha de terminación de vigencia de la póliza de seguro de vida por renovar.

No procederá la renovación cuando el asegurado haya superado la EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN.

#### **CONDICIÓN DECIMA QUINTA.- VIGENCIA**

El plazo de vigencia de este contrato será el que se indique en las CONDICIONES PARTICULARES. La póliza estará vigente siempre que se renueve la misma según lo indicado en la CONDICIÓN GENERAL DECIMA CUARTA y no haya sido objeto de terminación anticipada o nulidad conforme lo dispuesto contractualmente.

El contrato de la póliza de seguro de vida se perfeccionará entre SEGUROS BOLÍVAR y el TOMADOR y entrará en vigencia simultáneamente con la firma del mismo y una vez cumplidas todas las siguientes CONDICIONES:

- 15.1** Haya sido aceptada la SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO, lo cual constará mediante la expedición de la póliza y sus CONDICIONES PARTICULARES.
- 15.2** Se haya pagado la prima correspondiente, o la primera cuota en caso de fraccionamiento.



La temporalidad de esta póliza será de un año.

Además, la vigencia del contrato podrá terminar de manera anticipada cuando el TOMADOR o el ASEGURADO dé aviso a SEGUROS BOLÍVAR a partir del momento en que se reciba el mismo por parte de SEGUROS BOLÍVAR. En cualquier caso, SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al asegurado la prima no devengada suma que quedará a disposición del TOMADOR a más tardar diez días hábiles después de terminada la vigencia en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR.

**CONDICIÓN DECIMA SEXTA.- LÍMITES DE EDADES PARA COBERTURA BÁSICA:**

- a) EDAD MÍNIMA DE ASEGURAMIENTO para todas las COBERTURAS: 20 años.
- b) EDAD MÁXIMA DE INGRESO para la cobertura básica de riesgo de muerte: 70 años
- c) EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN para la cobertura básica: 80 años.

**CONDICIÓN DECIMA SEPTIMA.- CONVERTIBILIDAD**

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad del ASEGURADO no exceda la EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN, se podrá rescindir el seguro y tomar otro, sin pruebas de asegurabilidad, bajo uno de los planes de seguro de vida individual de los que emite SEGUROS BOLÍVAR, con base en la edad alcanzada por el ASEGURADO y por una SUMA ASEGURADA no mayor al de esta póliza en la fecha de conversión.

**CONDICIÓN DECIMA OCTAVA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO POR PARTE DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO.**

Toda modificación a las CONDICIONES y/o sumas aseguradas, deberá tramitarse con la firma del ASEGURADO en cualquier momento de la vigencia del seguro. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder debidamente otorgado que lo faculte para solicitar los cambios a nombre del ASEGURADO. SEGUROS BOLÍVAR requerirá un poder especial debidamente protocolizado notarialmente para cambios en cuanto a la designación de beneficiarios.

**CONDICIÓN DECIMA NOVENA.- TRASPASO**

La presente póliza es intransmisble.

**CONDICIÓN VIGESIMA.- PRESCRIPCIÓN**



Los derechos derivados del presente contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

#### **CONDICIÓN VIGESIMA PRIMERA.- NULIDAD DEL CONTRATO**

Las situaciones contractuales o legales que determinen la nulidad del contrato en su totalidad, no afectarán el derecho de SEGUROS BOLÍVAR de retener las primas no devengadas cuando haya existido mala fe de parte del ASEGURADO Y/O TOMADOR

La ilegalidad, ineficacia, invalidez o nulidad de una o varias de las estipulaciones del presente contrato declaradas por autoridad competente, no afectarán la validez, eficacia o legalidad de las restantes estipulaciones.

#### **CONDICIÓN VIGESIMA TERCERA.- LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN**

La legislación y jurisdicción aplicable al presente contrato será la de la República de Costa Rica.

#### **CONDICIÓN VIGESIMA CUARTA.- PROTECCIÓN DE DATOS**

La información relacionada con el presente contrato queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad salvo autorización expresa y por escrito del ASEGURADO.

#### **CONDICIÓN VIGESIMA QUINTA.- NOTIFICACIONES**

Las comunicaciones relacionadas con el presente contrato se tendrán como validas cuando se realicen según las indicaciones de notificación dispuestas en las CONDICIONES PARTICULARES.

Todas las notificaciones deberán tener lugar por escrito. Cuando se trate de alguno de las situaciones contempladas en la definición de la HOJA DE SERVICIO deberá utilizarse ese formulario.

#### **CONDICIÓN VIGESIMA SEXTA.- DECLARACIÓN DE REGISTRO DEL PRODUCTO**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A08-248 de fecha 15 de abril de 2011.



## **ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES**

### **POLIZA A LA CUAL ACCEDE: PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL "PROTECCIÓN VIDA"**

#### **CONDICIONES GENERALES**

SEGUROS BOLIVAR, en consideración a las declaraciones contenidas en la SOLICITUD DE SEGURO presentada por EL TOMADOR O ASEGURADO, y del pago de la prima respectiva, otorga el presente anexo, que accede a la póliza de Seguro de Vida Individual "Protección vida" y queda sujeto a sus CONDICIONES generales y a las siguientes estipulaciones:

#### **CONDICIÓN PRIMERA. –COBERTURAS.**

##### **1.1 COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.**

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO, SE PRODUCE UNA LESIÓN QUE CAUSE LA MUERTE DEL ASEGURADO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, SEGUROS BOLIVAR PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DE MUERTE, PREVIA COMPROBACIÓN DE LA OCURRENCIA DE TAL HECHO.

##### **1.2 COBERTURAS ADICIONALES.**

EL TOMADOR O ASEGURADO PODRÁ OPTAR POR LAS SIGUIENTES COBERTURAS, DEFINIDAS EN LA CONDICIÓN TERCERA, MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE:

- 1.2.1 COBERTURA DE DESMEMBRACIÓN.
- 1.2.2 COBERTURA DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD.
- 1.2.3 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS.

#### **CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES.**

**ESTE ANEXO NO CUBRE LA MUERTE LESIÓN, PÉRDIDA O INCAPACIDAD RESULTANTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:**

##### **2.1 HOMICIDIO O SU TENTATIVA.**



- 2.2 MUERTE, LESIÓN O PÉRDIDA CAUSADA POR CUALQUIER ELEMENTO UTILIZADO COMO ARMA.
- 2.3 SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.4 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE INFRINGIENDO CUALQUIER NORMA LEGAL ES DECIR UNA DISPOSICIÓN EXPRESAMENTE DISPUESTA POR LEY DE LA REPÚBLICA.
- 2.5 PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- 2.6 ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 2.7 ACCIDENTES EN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR (KARTS).
- 2.8 CUALQUIER SUCESO QUE GENERE HERNIAS.
- 2.9 INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, RUPTURA DE ANEURISMAS, EXCEPTO LAS QUE SE PRESENTEN POR LESIÓN SUFRIDA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR EL PRESENTE ANEXO.
- 2.10 TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
- 2.11 GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTIN, HUELGA, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O, EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- 2.12 EVENTOS EN QUE INTERVENGAN ARMAS O MATERIALES NUCLEARES, BIOLÓGICOS O QUÍMICOS.
- 2.13 CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN SERVICIOS DE FUERZA POLICIAL O DE SEGURIDAD PRIVADA.



- 2.14 FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- 2.15 ESTAR EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- 2.16 INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- 2.17 ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O DEFECTO DISTINTOS A LOS CONTRAÍDOS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- 2.18 INFECCIONES DE CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO LAS PRODUCIDAS POR TRANSMISION O POR PICADURAS DE INSECTOS.
- 2.19 LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS. SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.

### CONDICIÓN TERCERA. - COBERTURAS ADICIONALES.

Mediante convenio expreso entre SEGUROS BOLIVAR y EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, SEGUROS BOLIVAR otorga las siguientes COBERTURAS adicionales en el presente anexo de Accidentes Personales:

#### 3.1 COBERTURA DE DESMEMBRACIÓN.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por el presente anexo se produce una lesión que cause una de las lesiones o pérdidas siguientes dentro de los ciento ochenta días (180) calendario posteriores a su ocurrencia, SEGUROS BOLIVAR pagará al ASEGURADO, previa comprobación de su derecho, las siguientes indemnizaciones, respecto de la SUMA ASEGURADA contratada en el presente ANEXO:

##### 3.1.1 PÉRDIDAS PARCIALES.

| Pérdida                         | Indemnización             |
|---------------------------------|---------------------------|
| Por pérdida de ambas manos..... | 100% de la suma asegurada |
| Por pérdida de ambos pies.....  | 100% de la suma asegurada |



|                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Por pérdida de la visión en ambos ojos.....                        | 100% de la suma asegurada |
| Por pérdida de una mano y un pie.....                              | 100% de la suma asegurada |
| Por pérdida de una mano y la visión en un ojo.....                 | 100% de la suma asegurada |
| Por pérdida de un pie y la visión en un ojo.....                   | 100% de la suma asegurada |
| Por pérdida de un miembro inferior.....                            | 60% de la suma asegurada  |
| Por pérdida de un pie.....                                         | 40% de la suma asegurada  |
| Por pérdida total e irreparable de la visión en un ojo.....        | 50% de la suma asegurada  |
| Por pérdida total e irreparable de la facultad de hablar.....      | 50% de la suma asegurada  |
| Por pérdida total e irreparable de la audición en ambos oídos..... | 50% de la suma asegurada  |
| Por pérdida total e irreparable de la audición en un oído..        | 15% de la suma asegurada  |

|                                          | <b>DERECHO</b> | <b>IZQUIERDO</b>         |
|------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Por pérdida de un brazo.....             | 60%            | 50% de la suma asegurada |
| Por pérdida de una mano.....             | 50%            | 40% de la suma asegurada |
| Por pérdida del antebrazo.....           | 50%            | 40% de la suma asegurada |
| Por pérdida del índice o pulgar.....     | 13%            | 10% de la suma asegurada |
| Por pérdida de otro dedo de la mano..... | 8%             | 6% de la suma asegurada  |

Para los efectos de la tabla anterior se entenderá como pérdida lo siguiente:

- Mano o antebrazo: La pérdida funcional o la amputación por la muñeca o hasta el codo.
- Brazos: La pérdida funcional o la amputación por arriba del codo.
- Pies: la amputación por la articulación del cuello del pie.
- Miembro inferior: La pérdida funcional o la amputación por arriba de la articulación del cuello del pie hasta la articulación de la cadera.
- Dedos: La pérdida funcional o la amputación por las articulaciones metacarpofalángicas o por encima de ellas.

Para los Asegurados zurdos, los porcentajes por pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán. Para los Asegurados ambidiestros, se indemnizará de acuerdo con los porcentajes establecidos para diestros.

Las afectaciones que no cumplan con los supuestos recién indicados no serán consideradas como pérdida y por tanto no serán indemnizables bajo esta COBERTURA.

En caso de que por un mismo accidente se presentaran varias pérdidas, los pagos por estas varias pérdidas se calcularán sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda exceder del valor por desmembración



estipulado en las condiciones particulares de la póliza a la cual accede el presente anexo.

### **3.1.2 INVALIDEZ MENTAL.**

#### **Indemnización**

Por secuelas mentales severas e incurables,  
debidamente diagnosticada por psiquiatras  
generadas por un accidente cubierto

100% de la suma asegurada

### **3.2 COBERTURA DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD.**

Si como consecuencia de una lesión producida por un accidente cubierto por el presente anexo, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha del mismo, el ASEGURADO, bajo prescripción médica comprobada, tiene que internarse en un hospital o en su casa de habitación, guardando cama en ambos casos, y además quede incapacitado e impedido para desempeñar todas sus ocupaciones relacionadas con su profesión, ocupación o su oficio remunerado, siempre que tal incapacidad haya sido continua y exceda de tres (3) días, SEGUROS BOLIVAR pagará a partir del cuarto (4°) día calendario de incapacidad la proporción correspondiente a los días de incapacidad del valor asegurado mensual, previa comprobación de la existencia de incapacidad y mientras ésta permanezca, hasta máximo los doce (12) meses inmediatos al accidente.

Para cada mes respecto del cual se reclame indemnización, el ASEGURADO deberá presentar a SEGUROS BOLÍVAR las pruebas suficientes que acrediten su incapacidad de conformidad con el FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE debidamente registrado como documentación contractual de esta póliza. Al terminar la incapacidad, se pagarán las fracciones de mensualidad pendientes, si existieren.

La renta mensual se calculará de la siguiente forma:

El valor asegurado contratado para este anexo se divide en 30 días y el resultado se multiplica por los días de incapacidad descontando los 3 días de carencia. El valor resultante es el que se entregará al asegurado como indemnización sin exceder 12 meses de incapacidad.

### **3.3 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS.**

Si con motivo de un accidente cubierto por el presente anexo, el Asegurado requiriera, dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del mismo, someterse a asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria,



farmacéutica o a hacer uso de los servicios de traslado, enfermeras o ambulancia o necesidad de aparatos ortopédicos o prótesis, SEGUROS BOLIVAR reembolsará un noventa por ciento (90%) del monto efectivamente pagado, sin exceder de la SUMA ASEGURADA para la presente COBERTURA, es decir se aplicará siempre un diez por ciento (10%) de deducible, previa comprobación satisfactoria de dicho monto aplicando igualmente los siguientes sublímites:

**3.3.1.** El reembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá del cuarenta por ciento (40%) de la SUMA ASEGURADA para gastos médicos.

**3.3.2.** Si como consecuencia de un accidente amparado por el presente anexo se requiere colocar aparatos ortopédicos o prótesis, sus costos serán reembolsados por SEGUROS BOLIVAR hasta por un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la SUMA ASEGURADA para gastos médicos. Se entiende por prótesis, el reemplazo parcial o total de cualquier órgano anatómico.

**3.3.3.** Además, si a consecuencia de un accidente cubierto por el presente anexo, se hace necesario el traslado del ASEGURADO, SEGUROS BOLIVAR reembolsará los gastos de ambulancia hasta un máximo del cinco por ciento (5%) de la SUMA ASEGURADA para esta COBERTURA.

**3.3.4.** En caso de que al ocurrir un accidente exista uno u otros seguros que cubran este mismo riesgo, SEGUROS BOLIVAR sólo estará obligada a reembolsar la cantidad proporcional al valor asegurado por ella, atendiendo el carácter indemnizatorio de esta cobertura.

Los pagos se efectuarán de acuerdo con los costos habituales y médicamente necesarios, tal como se define en la CONDICIÓN QUINTA.

SEGUROS BOLIVAR sólo pagará los honorarios de profesionales médicos y enfermeras, oficialmente autorizados para ejercer su actividad. Los medicamentos prescritos deben tener como único objeto la curación de las lesiones producidas por el accidente.

Para los efectos del primer párrafo de esta condición se entenderá:

**ASISTENCIA MÉDICA:** es todo acto médico que comprende las atenciones ambulatorias y/o hospitalarias que requiera el asegurado por concepto de un accidente cubierto por la póliza. Sin sobrepasar el límite de la SUMA ASEGURADA del anexo.



**ASISTENCIA QUIRURGICA:** Comprende todas las intervenciones quirúrgicas que requiera el asegurado por concepto de un accidente cubierto por la póliza. Sin sobrepasar el límite de la SUMA ASEGURADA del anexo.

**ASISTENCIA FARMACEUTICA:** corresponde al costo de los medicamentos formulados intrahospitalariamente y/o de forma ambulatoria por el o los medico(s) tratante(s) para el mejoramiento de las lesiones secundarias al accidente cubierto por su póliza. Sin sobrepasar el límite de la SUMA ASEGURADA del anexo.

**SERVICIOS DE ENFERMERAS:** corresponde a los honorarios generados por la atención de una enfermera (o) debidamente acreditada (o) durante el periodo de recuperación del asegurado por las lesiones derivadas del accidente cubierto por su póliza. Sin sobrepasar el límite de la SUMA ASEGURADA del anexo.

**GASTOS POR TRASLADO DE AMBULANCIA:** corresponde a los gastos de traslado de ambulancia del sitio del accidente al hospital y los gastos de traslado del asegurado del hospital a la casa si al momento de su salida lo requiere, también contemplará los gastos de traslado de ambulancia a otras instituciones prestadoras de servicios médicos. Sin sobrepasar el límite de la SUMA ASEGURADA del anexo.

#### **CONDICIÓN CUARTA. - LIMITACIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS.**

Aplican para el presente anexo, las siguientes limitaciones:

- a. Las SUMAS ASEGURADAS contratadas en cualquiera de las COBERTURAS cada una por separado, no podrán exceder en ningún caso la SUMA ASEGURADA contratada en la COBERTURA básica de riesgo de muerte.
- b. La SUMA ASEGURADA por la cobertura muerte accidental y desmembración es adicional e independiente de la SUMA ASEGURADA por la cobertura básica del riesgo de muerte. No obstante, si también se adquirió la cobertura de incapacidad total y permanente y producto de un mismo accidente proceden pagos por ambas coberturas, el realizado por desmembración será deducido del que pueda corresponder por incapacidad total y permanente.
- c. Por ninguna razón se harán pagos por desmembración y muerte accidental simultáneamente, provenientes de un mismo accidente, por lo tanto, cuando haya habido lugar al pago por muerte accidental no habrá lugar al pago por desmembración.
- d. Cuando se trate de un pago por desmembración por sumas inferiores al valor



contratado en esta cobertura, subsistirán las COBERTURAS de muerte accidental y desmembración hasta por la diferencia con el valor asegurado antes del siniestro.

- e. El ASEGURADO podrá solicitar la restitución de la SUMA ASEGURADA en la renovación siguiente a cualquier reclamo por desmembración por sumas inferiores a la SUMA ASEGURADA. Tal restitución estará condicionada al estudio y aceptación de SEGUROS BOLÍVAR.
- f. Si las lesiones sufridas a consecuencia del mismo accidente dan lugar al pago de alguna de las indemnizaciones previstas en la Condición Tercera para desmembración, la renta por incapacidad solamente se pagará durante un período máximo de tres (3) meses y cualquier suma pagada en exceso, se descontará de la indemnización correspondiente a desmembración.

La protección de este anexo se extiende al exterior del domicilio del asegurado, salvo la COBERTURA de renta mensual por incapacidad, la cual únicamente está cubierta cuando el accidente ocurra en Costa Rica.

#### **CONDICIÓN QUINTA. - DEFINICIONES.**

##### **5.1 ACCIDENTE.**

Salvo las exclusiones estipuladas en el presente contrato, se entiende por accidente, aquel suceso exterior, imprevisto, repentino, e independiente de la voluntad del ASEGURADO, ocurrido durante la vigencia de este anexo, que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas, lesiones e incapacidades amparadas en el mismo.

##### **5.2 PÉRDIDA O DESMEMBRACIÓN.**

Se entiende por tal aquella lesión causada por un accidente, que produce amputación traumática, quirúrgica o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

##### **5.3 LESIÓN.**

Es el daño o detrimento corporal que cause pérdida, inutilidad o funcionamiento anormal de un miembro, órgano o tejido, que incapacite para trabajar, producido como consecuencia de un accidente.

##### **5.4 SUMA ASEGURADA.**



Valor máximo que SEGUROS BOLIVAR pagará al ASEGURADO o a sus BENEFICIARIOS. Corresponde al mismo valor definido en las CONDICIONES PARTICULARES respecto a la cobertura afectada.

#### **5.5 COSTO HABITUAL.**

Es el valor cobrado en caso de que no existiera seguro, por un servicio o suministro igual o similar al prestado al Asegurado, por la mayoría de los médicos de la misma especialidad o zona geográfica o por las instituciones dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio.

En caso de que los costos cobrados a SEGUROS BOLÍVAR por reembolso de los servicios prestados al Asegurado, sean superiores al costo habitual, SEGUROS BOLIVAR podrá disminuir el monto de la indemnización hasta el costo habitual de los mismos.

#### **5.6 GASTO MÉDICO NECESARIO.**

Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido producidas por un accidente cubierto por el presente anexo. El gasto no debe exceder en alcance, duración e intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y, además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica.

Al decir no exceder en alcance, duración e intensidad, se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el Asegurado con los procedimientos o tratamientos realizados.

#### **CONDICIÓN SEXTA.- CÁLCULO DE LAS PRIMAS.**

La prima se calcula multiplicando la SUMA ASEGURADA en cada COBERTURA, por la tasa dividido en mil debidamente registrada en SUGESE.

#### **CONDICIÓN SEPTIMA. – TERMINACIÓN ANTICIPADA.**



El TOMADOR O ASEGURADO podrá dar por terminado unilateralmente el presente ANEXO en cualquier momento, mediante notificación escrita a SEGUROS BOLÍVAR.

Cuando SEGUROS BOLIVAR haya recibido una o más primas por el presente ANEXO, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada por SEGUROS BOLIVAR, la misma será puesta a disposición del TOMADOR O ASEGURADO en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR diez días hábiles después de recibidas.

Este ANEXO perderá su vigencia en cualquiera de las situaciones en que la póliza a la cual accede termine anticipadamente o se anule conforme a lo dispuesto en las CONDICIONES GENERALES.

#### **CONDICIÓN OCTAVA. - RECLAMACIONES.**

Para que SEGUROS BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el ASEGURADO o sus BENEFICIARIOS deberán presentar la reclamación con la historia clínica completa, los originales de las facturas e incapacidades y fórmulas médicas correspondientes, Fotocopia del documento de identidad del asegurado y demás documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro conforme al FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE.

SEGUROS BOLIVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas; así mismo, podrá examinar al ASEGURADO cuando lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente ANEXO.

El ASEGURADO autoriza a SEGUROS BOLÍVAR a que solicite, aún después de su fallecimiento, el criterio de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite SEGUROS BOLIVAR relacionada con la reclamación.

**El ASEGURADO o BENEFICIARIO quedará privado de todo derecho procedente de este ANEXO, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos.**

El pago de la indemnización por las COBERTURAS de desmembración, gastos médicos y renta mensual por incapacidad a que hubiere lugar se hará al ASEGURADO, o su representante debidamente acreditado conforme con el ordenamiento jurídico.



Cuando se trate de reclamaciones por concepto de accidentes ocurridos en el exterior, los documentos que se presenten deberán ser autenticados por el Cónsul de Costa Rica en el país donde sucedió el accidente.

El ASEGURADO o BENEFICIARIO, a petición de SEGUROS BOLÍVAR, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

#### **CONDICIÓN NOVENA. - CAMBIO DE OCUPACIÓN.**

El TOMADOR O ASEGURADO está obligado a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberá notificar por escrito a SEGUROS BOLÍVAR los hechos o circunstancias no previsibles relacionadas con su cambio de ocupación, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato. Para estos efectos aplicará lo indicado en la CONDICIÓN GENERAL 6.4.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA. - TERMINACIÓN DEL ANEXO.**

El presente anexo terminará para el Asegurado, además de los casos previstos en la ley:

- 10.1. Cuando cumpla su vigencia sin ser renovado. La EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN es de 65 años.
- 10.2. A la fecha en que el Asegurado se haya exonerado del pago de una prima cualquiera, en virtud del anexo de Exoneración de Pago de Primas por Invalidez, si lo hubiere.
- 10.3. Cuando SEGUROS BOLIVAR cancele el 100% de la indemnización por el anexo de Desmembración.
- 10.4. Cuando tenga lugar alguna de las causales de terminación anticipada o nulidad previstas en las CONDICIONES GENERALES.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - NOTIFICACIONES.**

Toda declaración que deba hacerse las partes en relación con este contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo certificado, o la presentación con sello de recibido dirigido a la última dirección registrada por las partes.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. – LIMITES DE EDADES.**

- a) Edad mínima de aseguramiento para la cobertura 20 años.
- b) Edad máxima de ingreso para la cobertura de accidentes personales : 60 años
- c) Edad máxima de renovación para la cobertura de accidentes personales: 65 años.



EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A08-248 de fecha 15 de abril de 2011.



## **ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES CON COBERTURA DE CANCER CERVIX**

**PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE: SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL "PROTECCION VIDA"**

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CONDICIÓN PRIMERA. – COBERTURA.**

SEGUROS BOLIVAR, POR VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE ANEXO, CUANDO EL ASEGURADO ACREDITE QUE EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES OCURRIÓ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES DE LA CONDICIÓN TERCERA:

- 1.1 INFARTO DEL MIOCARDIO
- 1.2 CÁNCER
- 1.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- 1.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- 1.5 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA
- 1.6 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

LOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD, EL TRANSPLANTE O LA CIRUGÍA DEBERÁN TENER LUGAR POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL ANEXO. LA SUPERVIVENCIA UNA VEZ PRESENTADO EL EVENTO DEBERÁ SER MAYOR A 30 DÍAS NATURALES.

#### **CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES.**

- 2.1 ENFERMEDAD DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O PRESENCIA DEL VIRUS VIH.
- 2.2 TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS). TUMORES DEBIDOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO ESTADIOS T1 (T1A O T1B) INCLUYENDO CLASIFICACIONES EQUIVALENTES. MELANOMAS DE PIEL ESTADIOS 1A SEGÚN LA CLASIFICACIÓN AJCC DE 2002. CARCINOMAS DE CÉLULAS BÁSALES DE LA PIEL. CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA PIEL SIN EVIDENCIA DE METÁSTASIS. CARCINOMAS IN SITU DE SENO. TODOS LOS CÁNCERES NO INVASIVOS O LESIONES PREMALIGNAS EXCEPTO EL CÁNCER DE CERVIX QUE QUEDA CUBIERTO POR ESTE ANEXO EN VIRTUD DE LA PRESENTACIÓN DEL REQUISITO DE ASEGURABILIDAD QUE CONSISTE EN LA PRESENTACIÓN DE UNA

**CITOLOGÍA VAGINAL O PAPANICOLAU QUE EVIDENCIA LA INEXISTENCIA DEL MAL REALIZADO MAXIMO DENTRO DEL ULTIMO AÑO ANTERIOR A LA SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO.**

- 2.3 ALTERACIÓN CONGÉNITA.**
- 2.4 LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE.**
- 2.5 ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O LAS DROGAS.**
- 2.6 ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL EN AUSENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA.**
- 2.7 SE EXCLUYEN LOS EPISODIOS DE ANGINA INESTABLE O LA SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO QUE NO SEA DEMOSTRABLE.**
- 2.8 SE EXCLUYEN EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL O HEMORRAGIA INTRACRANEAL PRODUCTO DE TRAUMATISMO EXTERNO. SE EXCLUYE EN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT).**
- 2.9 SE EXCLUYEN LAS DIÁLISIS TEMPORALES Y LOS CUADROS DE INSUFICIENCIA RENAL QUE NO REQUIERAN DIÁLISIS REGULAR PERMANENTE.**

### **CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.**

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

#### **3.1 INFARTO DE MIOCARDIO.**

Primer evento de Infarto Agudo del Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe basarse en:

- 3.1.1.** Historia de dolor torácico típico.
- 3.1.2.** Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- 3.1.3.** Elevación significativa de las enzimas cardíacas Creatin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatin Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo del Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas previamente definidos. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del ST, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardíacas descrita, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo del Miocardio reciente. En caso de duda en el diagnóstico SEGUROS BOLÍVAR puede solicitar al cliente nuevos

estudios de Ecocardiografía y/o de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto. Dichos estudios estarán a cargo de SEGUROS BOLÍVAR.

### **3.2 CÁNCER.**

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

- 3.2.1** Las leucemias en sus diversos subtipos.
- 3.2.2** Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a 1.
- 3.2.3** Cubrimiento a cánceres de piel únicamente para melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y Carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.
- 3.2.4** El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte histopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.
- 3.2.5** El cáncer de seno cuando este se considere invasivo por hallazgos histopatológicos.
- 3.2.6** El cáncer de cervix uterino cuando se encuentre en estadios Invasivos.

### **3.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de 24 horas y que persista no menos de 3 meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

### **3.4 INSUFICIENCIA RENAL.**

Estado de falla renal debido a disfunción crónica de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal.

### **3.5 CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA.**

La intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios realizados por técnica de tórax abierto o cirugía mininvasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico deberán estar a disposición de SEGUROS BOLIVAR.



### **3.6 TRANSPLANTE DE ORGANOS.**

Haber requerido un transplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, en calidad de receptor del transplante. La información y la historia médica deberán estar a disposición de SEGUROS BOLIVAR.

### **3.7 FECHA DE SINIESTRO.**

Para efecto de cualquier reclamación por concepto del presente ANEXO, la fecha de siniestro será la del diagnóstico de la enfermedad o la realización de la cirugía. Para todos los casos la supervivencia una vez presentado el siniestro, ésta debe ser superior a 30 días naturales.

### **CONDICIÓN CUARTA. – EDAD.**

La EDAD MÁXIMA DE ASEGURAMIENTO para que se otorgue el presente anexo es de 55 años, y la EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN en todos los casos será hasta los 64 años. Después de concluida la vigencia de la última renovación la COBERTURA se tiene por terminada.

### **CONDICIÓN QUINTA. – LÍMITE DEL BENEFICIO.**

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la Condición Tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y documentadas con los registros de la historia clínica donde se pueda, en forma clara, confirmar el evento o enfermedad, soportados los diagnósticos de la enfermedad o el evento con los protocolos medico científicos y de exámenes realizados que estén aceptados por la literatura científica vigente al momento del siniestro, habiendo transcurrido por lo menos tres (3) meses desde la iniciación de la primera vigencia del presente anexo y con un periodo de sobrevivencia superior a 30 días naturales una vez presentada la enfermedad grave.

### **CONDICIÓN SEXTA. – SUMA ASEGURADA.**

La suma que SEGUROS BOLÍVAR pagará en caso de enfermedad grave, será igual a la SUMA ASEGURADA en el anexo de enfermedades graves, en este caso máximo hasta el 100% de la SUMA ASEGURADA en la cobertura básica de riesgo de muerte al momento de la ocurrencia del siniestro, sin exceder en caso alguno el límite de SUMA ASEGURADA establecido por SEGUROS BOLIVAR para este ANEXO.

### **CONDICIÓN SÉPTIMA. – AJUSTES Y DEDUCCIONES DE LA PÓLIZA.**



**La indemnización por el Anexo de Enfermedades Graves, una vez efectuado el pago del ciento por ciento (100%) de la SUMA ASEGURADA correspondiente, producirá la terminación automática de esta COBERTURA.**

#### **CONDICIÓN OCTAVA. – RECLAMACIONES.**

Para que SEGUROS BOLIVAR pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el Asegurado deberá presentar la reclamación de conformidad con las CONDICIONES GENERALES DECIMA PRIMERA y DECIMA SEGUNDA con la historia clínica completa.

SEGUROS BOLIVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas; así mismo, podrá examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

El Asegurado autoriza a SEGUROS BOLIVAR a que solicite el criterio de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite SEGUROS BOLIVAR relacionada con la reclamación.

**EL ASEGURADO o BENEFICIARIO quedarán privados de todo derecho procedente de este ANEXO, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.**

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al Asegurado, o su representante debidamente acreditado conforme al ordenamiento jurídico. En caso que se trate de un representante por poder especial, éste deberá encontrarse protocolizado.

#### **CONDICIÓN NOVENA. – TERMINACIÓN ANTICIPADA POR VOLUNTAD UNILATERAL DEL ASEGURADO.**

El presente ANEXO podrá darse por terminado de manera anticipada mediante notificación escrita enviada por el Asegurado, a SEGUROS BOLÍVAR en cualquier momento.

En esos casos, SEGUROS BOLÍVAR devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación, las cuales deberán estar a disposición del ASEGURADO en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR a más tardar diez (10) días hábiles después de efectiva la revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación, será reembolsada según se indicó en la frase anterior.



Cuando SEGUROS BOLIVAR haya recibido una o más primas por el presente anexo, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA. – TERMINACIÓN.**

El presente anexo terminará, además de los casos previstos en la Ley:

- 11.1 Por falta de renovación.
- 11.2 Según lo señalado en la Condición Séptima del presente anexo.
- 11.3 Por las causas de terminación anticipada y nulidad previstas en las CONDICIONES GENERALES.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. – DOMICILIO.**

Las obligaciones emanadas de estos contratos se cumplirán en la ciudad de San José de Costa Rica domicilio principal de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. – LIMITES DE EDADES.**

- a) Edad mínima de aseguramiento para la cobertura 20 años.
- b) Edad máxima de ingreso para la cobertura de accidentes personales : 55 años
- c) Edad máxima de renovación para la cobertura de accidentes personales: 64 años.

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARÁN LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A08-248 de fecha 15 de abril de 2011.



## **ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES SIN COBERTURA DE CANCER CERVIX**

### **PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL "Protección vida"**

#### **CONDICIONES GENERALES**

##### **CONDICIÓN PRIMERA. –COBERTURA.**

SEGUROS BOLIVAR, POR VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO Y EL PAGO DE UNA PRIMA ADICIONAL PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN LA CONDICIÓN SEXTA DE ESTE ANEXO, CUANDO EL ASEGURADO ACREDITE QUE EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES OCURRIÓ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES DE LA CONDICIÓN TERCERA:

- 1.1. INFARTO DEL MIOCARDIO
- 1.2. CÁNCER
- 1.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- 1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- 1.5. CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA
- 1.6. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

LOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD, EL TRANSPLANTE O LA CIRUGÍA DEBERÁN TENER LUGAR DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL ANEXO. LA SUPERVIVENCIA UNA VEZ PRESENTADO EL EVENTO DEBERÁ SER MAYOR A 30 DÍAS NATURALES.

##### **CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES.**

- 2.1 ENFERMEDAD DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O PRESENCIA DEL VIRUS VIH.
- 2.2 TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS). TUMORES DEBIDOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CARCINOMA IN SITU, DISPLASIA CERVICAL, CÁNCER DE CERVIX UTERINO EN ESTADIOS NIC I-II-III. CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO ESTADIOS T1 (T1A O T1B) INCLUYENDO CLASIFICACIONES EQUIVALENTES. MELANOMAS DE PIEL ESTADIOS 1ª SEGÚN LA CLASIFICACIÓN AJCC DE 2002. CARCINOMAS DE CÉLULAS BÁSALES DE LA PIEL. CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA PIEL SIN EVIDENCIA DE METÁSTASIS. CARCINOMAS IN SITU DE SENO. TODOS LOS CÁNCERES NO INVASIVOS O LESIONES PREMALIGNAS.

- 2.3 ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- 2.4 SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, ENFERMEDAD O LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE.
- 2.5 ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O LAS DROGAS.
- 2.6 ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL EN AUSENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA.
- 2.7 SE EXCLUYEN LOS EPISODIOS DE ANGINA INESTABLE O LA SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO QUE NO SEA DEMOSTRABLE.
- 2.8 SE EXCLUYEN EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL O HEMORRAGIA INTRACRANEAL PRODUCTO DE TRAUMATISMO EXTERNO. SE EXCLUYE EN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT).
- 2.9 SE EXCLUYEN LAS DIÁLISIS TEMPORALES Y LOS CUADROS DE INSUFICIENCIA RENAL QUE NO REQUIERAN DIÁLISIS REGULAR PERMANENTE.
- 2.10 TRANSPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.
- 2.11 RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOSL QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.
- 2.12 RIESGOS NUCLEARES.

### CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

#### 3.1 INFARTO DE MIOCARDIO.

Primer evento de Infarto Agudo del Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe basarse en:

- 3.1.1. Historia de dolor torácico típico.
- 3.1.2. Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- 3.1.3. Elevación significativa de las enzimas cardíacas Creatin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatin Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo del Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas previamente definidos. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del ST, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardíacas descrita,



los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo del Miocardio reciente. En caso de duda en el diagnóstico SEGUROS BOLIVAR puede solicitar al cliente nuevos estudios de Ecocardiografía y/o de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto. Dichos estudios estarán a cargo de SEGUROS BOLÍVAR.

### **3.2. CÁNCER.**

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

**3.2.1.** Las leucemias en sus diversos subtipos.

**3.2.2.** Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a 1.

**3.2.3.** Cubrimiento a cánceres de piel únicamente para melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y Carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.

**3.2.4.** El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte histopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.

**3.2.5.** El cáncer de seno cuando este se considere invasivo por hallazgos histopatológicos.

### **3.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de 24 horas y que persista no menos de 3 meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

### **3.4. INSUFICIENCIA RENAL.**

Estado de falla renal debido a disfunción crónica de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal.

### **3.5. CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA.**

La intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios realizados por técnica de tórax abierto o cirugía miniinvasiva de tórax tipo



toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico deberán estar a disposición de SEGUROS BOLIVAR.

### **3.6. TRANSPLANTE DE ORGANOS.**

Haber requerido un transplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, en calidad de receptor del transplante. La información y la historia médica deberán estar a disposición de SEGUROS BOLIVAR.

### **3.7. FECHA DE SINIESTRO.**

Para efecto de cualquier reclamación por concepto del presente ANEXO, la fecha de siniestro será la del diagnóstico de la enfermedad o la realización de la cirugía. Para todos los casos la supervivencia, una vez presentado el siniestro, ésta debe ser superior a 30 días naturales.

### **CONDICIÓN CUARTA. – EDAD.**

La máxima EDAD MÁXIMA DE ASEGURAMIENTO para que se otorgue el presente anexo es de 55 años, y la EDAD MAXIMA DE RENOVACIÓN en todos los casos será hasta los 64 años. Después de concluida la vigencia de la última renovación la COBERTURA se tiene por terminada.

### **CONDICIÓN QUINTA. – LÍMITE DEL BENEFICIO.**

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la Condición Tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y documentadas con los registros de la historia clínica donde se pueda en forma clara confirmar el evento o enfermedad, soportados los diagnósticos de la enfermedad o el evento con los protocolos medico científicos y de exámenes realizados que estén aceptados por la literatura científica vigente al momento del siniestro, habiendo transcurrido por lo menos tres (3) meses desde la iniciación de la primera vigencia del presente anexo y con un periodo de sobrevivencia superior a 30 días naturales una vez presentada la enfermedad grave.

### **CONDICIÓN SEXTA. – SUMA ASEGURADA.**

La suma que SEGUROS BOLIVAR pagará en caso de enfermedad grave, será igual a la SUMA ASEGURADA en el anexo de enfermedades graves, en este caso máximo hasta el 100% de la SUMA ASEGURADA en la cobertura básica de riesgo de muerte al momento de



la ocurrencia del siniestro, sin exceder en caso alguno el límite de SUMA ASEGURADA establecido por SEGUROS BOLIVAR para este ANEXO.

**CONDICIÓN SÉPTIMA. – AJUSTES Y DEDUCCIONES DE LA PÓLIZA.**

La indemnización por el Anexo de Enfermedades Graves, una vez efectuado el pago del ciento por ciento (100%) de la SUMA ASEGURADA correspondiente, producirá la terminación automática de este COBERTURA.

**CONDICIÓN OCTAVA. – RECLAMACIONES.**

Para que SEGUROS BOLIVAR pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el Asegurado deberá presentar la reclamación de conformidad con las CONDICIONES GENERALES DECIMA PRIMERA y DECIMA SEGUNDA con la historia clínica completa.

SEGUROS BOLIVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas; así mismo, podrá examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

El Asegurado autoriza a SEGUROS BOLIVAR a que solicite el criterio de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite SEGUROS BOLIVAR relacionada con la reclamación.

El ASEGURADO o BENEFICIARIO quedarán privados de todo derecho procedente de este ANEXO, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al Asegurado, su representante debidamente acreditado conforme al ordenamiento jurídico. En caso que se trate de un representante por poder especial, éste deberá encontrarse protocolizado.

**CONDICIÓN NOVENA. – TERMINACIÓN ANTICIPADA POR VOLUNTAD UNILATERAL DE LA PARTE CONTRATANTE.**

El presente ANEXO podrá ser terminado anticipadamente mediante notificación escrita enviada al Asegurado a SEGUROS BOLIVAR en cualquier momento.



En esos casos, SEGUROS BOLÍVAR devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación, las cuales deberán estar a disposición del ASEGURADO en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR a más tardar diez (10) días hábiles después de efectiva la revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación, será reembolsada según se indicó en la frase anterior.

Cuando SEGUROS BOLIVAR haya recibido una o más primas por el presente anexo, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA. – TERMINACIÓN.**

El presente anexo terminará, además de los casos previstos en la Ley:

- 11.1 Por falta de renovación.
- 11.2 Según lo señalado en la Condición Séptima del presente anexo
- 11.3 Por las causas de terminación anticipada y nulidad previstas en las CONDICIONES GENERALES.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. – DOMICILIO.**

Las obligaciones emanadas de estos contratos se cumplirán en la ciudad de San José de Costa Rica domicilio principal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. – LIMITES DE EDADES.**

- d) Edad mínima de aseguramiento para la cobertura 20 años.
- e) Edad máxima de ingreso para la cobertura de accidentes personales : 55 años
- f) Edad máxima de renovación para la cobertura de accidentes personales: 64 años.

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARÁN LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A08-248 de fecha 15 de abril de 2011.



## **ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

### **PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL "Protección vida"**

#### **CONDICIONES GENERALES**

Por convenio entre SEGUROS BOLÍVAR y el TOMADOR Y/O ASEGURADO, y por el pago de la respectiva prima adicional este ANEXO hace parte de la Póliza de Vida Individual arriba citada y queda sujeta a las CONDICIONES GENERALES y las siguientes estipulaciones específicas que privan sobre las primeras.

#### **CONDICIÓN PRIMERA – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR TRES O MÁS DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEFINIDAS ASÍ:

- 1.1. ASEO PERSONAL:** CAPACIDAD PARA LAVARSE EN EL BAÑO O LA DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O DE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SÍ MISMO.
- 1.2. VESTIRSE:** CAPACIDAD PARA PONERSE, QUITARSE, ATARSE Y DESATARSE TODO TIPO DE PRENDAS, ASÍ COMO APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS.
- 1.3. COMER:** CAPACIDAD PARA COMER POR SI MISMO UNA VEZ PREPARADOS LOS ALIMENTOS.
- 1.4. HIGIENE:** CAPACIDAD PARA USAR UN SANITARIO O PARA LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA
- 1.5. MOVILIDAD:** CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS
- 1.6. TRASLADOS:** CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS Y VICEVERSA.

DICHA INCAPACIDAD DEBE EXISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS NATURALES Y NO HABER SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.



SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL COBERTURA, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS DE INCAPACIDAD.

#### **CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.**

- 2.1. PARA TODOS LOS EFECTOS ESTA COBERTURA NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE GENERADA POR TRASTORNOS O ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO.**
- 2.2. DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO, LA ASEGURADORA NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.**

Lo anterior aplicará igualmente en casos de incremento de la SUMA ASEGURADA solicitada por el ASEGURADO, únicamente respecto al monto aumentado. Los dos años, empezarán a contarse a partir del momento en que SEGUROS BOLÍVAR informe al ASEGURADO la aceptación del incremento de la SUMA ASEGURADA.

#### **CONDICIÓN TERCERA – PÉRDIDA.**

Conforme se emplea aquí significa con respecto de:

- 3.1. Manos:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- 3.2. Pies:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- 3.3. Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

#### **CONDICIÓN CUARTA – SUMA ASEGURADA.**

La suma que SEGUROS BOLÍVAR pague al ASEGURADO por concepto del presente ANEXO será el valor de la SUMA ASEGURADA alcanzada para la cobertura básica del riesgo de muerte al momento de la ocurrencia del siniestro.

#### **CONDICIÓN QUINTA.- VALOR A INDEMNIZAR.**

##### **5.1. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**



En caso de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del ASEGURADO, SEGUROS BOLÍVAR le pagará la SUMA ASEGURADA alcanzada a la fecha de siniestro. El pago se efectuará de conformidad con lo indicado en la CONDICIÓN GENERAL DECIMA SEGUNDA.

El ASEGURADO autoriza a SEGUROS BOLÍVAR a que solicite el criterio de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite SEGUROS BOLÍVAR relacionada con la reclamación según se detalla en el FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE.

**El ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.**

El ASEGURADO a petición de ASEGURADORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

## **5.2. OPCIONES PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

Como una suma total a favor del ASEGURADO o BENEFICIARIO por el valor alcanzado a la fecha de siniestro.

### **CONDICIÓN SEXTA – DEDUCCIONES.**

a) La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable con la de cobertura básica por riesgo de muerte y, por lo tanto, una vez pagada, la indemnización por dicha incapacidad, SEGUROS BOLÍVAR quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a la cobertura básica del riesgo de muerte del asegurado incapacitado.

b) Si la póliza en la cual se incluye este anexo contiene además el Anexo de Accidentes Personales, y en virtud de él y como consecuencia del mismo accidente SEGUROS BOLÍVAR ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por la presente cobertura.

### **CONDICIÓN SÉPTIMA – RECLAMACIONES.**

Para que SEGUROS BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este ANEXO y lo dispuesto en las CONDICIONES GENERALES y el FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE que especifica cuáles son las pruebas requeridas. SEGUROS BOLÍVAR, se



reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

#### **CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA.**

Los beneficios concedidos por el presente ANEXO, terminarán cuando la misma deje de renovarse. La EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN es de 64 años del ASEGURADO.

#### **CONDICIÓN NOVENA – EXÁMENES MÉDICOS.**

SEGUROS BOLÍVAR podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente ANEXO. El costo será asumido por SEGUROS BOLÍVAR.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA – TERMINACIÓN ANTICIPADA.**

Este ANEXO podrá terminarse de manera anticipada cuando el TOMADOR y el ASEGURADO expresamente lo manifieste por escrito, de acuerdo con lo señalado en la condición Décima Quinta de las CONDICIONES generales de la póliza.

El hecho de que la ASEGURADORA haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni dejará sin efecto tal terminación;

En esos casos, SEGUROS BOLÍVAR devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación, las cuales deberán estar a disposición del ASEGURADO en las oficinas de SEGUROS BOLÍVAR a más tardar diez (10) días hábiles después de efectiva la revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación, será reembolsada según se indicó en la frase anterior.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. – LIMITES DE EDADES.**

- a) Edad mínima de aseguramiento para la cobertura 20 años.
- b) Edad máxima de ingreso para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente : 60 años
- c) Edad máxima de renovación para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente: 64 años.

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARÁN AL MISMO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.



La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A08-248 de fecha 15 de abril de 2011.



## **ANEXO DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ**

### **PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE: VIDA INDIVIDUAL "PROTECCION VIDA"**

Por convenio entre SEGUROS BOLÍVAR y el TOMADOR y/o ASEGURADO este ANEXO hace parte de la Póliza de Seguro de Vida arriba indicada y queda sujeto a las CONDICIONES GENERALES y las siguientes estipulaciones específicas que privan sobre las primeras:

#### **CONDICIÓN PRIMERA. - COBERTURAS.**

SEGUROS BOLÍVAR EXONERARÁ DEL PAGO DE LA PRIMA COMERCIAL DE LA COBERTURA BÁSICA DE RIESGO DE MUERTE DEL SEGURO DE VIDA AL CUAL ACCEDE ESTE ANEXO, SI EN LA FECHA DEL SIGUIENTE ANIVERSARIO DE DICHA POLIZA Y ANTES DE LOS 60 AÑOS DE EDAD, EL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE INVALIDEZ, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y DE ESTE ANEXO, SIEMPRE QUE NO ESTÉ PENDIENTE DE PAGO NINGUNA PRIMA.

#### **CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES.**

EL ASEGURADO NO SERÁ EXONERADO DEL PAGO DE LAS PRIMAS, SI LA INVALIDEZ ES CONSECUENCIA DE:

- 2.1 LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.2 GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTIN, HUELGA, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O, EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- 2.3 CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN EL SERVICIO MILITAR O DE POLICÍA.
- 2.4 LESIÓN CORPORAL CAUSADA INTENCIONALMENTE POR TERCERA PERSONA.
- 2.5 CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

#### **CONDICIÓN TERCERA. - DEFINICIONES.**

##### **3.1 INVALIDEZ.**

Para efectos del presente anexo se entiende por Invalidez:

- a. El estado de incapacidad permanente que haya perdurado por lo menos seis (6) meses y que además de impedir al Asegurado toda clase de actividad remunerativa o lucrativa, lo coloca en CONDICIONES tales que requiere del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales de la vida. La invalidez debe ser consecuencia de lesión corporal sufrida o de enfermedad contraída después de la fecha de iniciación de la póliza. Si la invalidez es producida por un accidente, estará cubierta desde el inicio de la vigencia.
- b. La pérdida de ambas manos o ambos pies o la visión en ambos ojos; o
- c. La pérdida de una mano y un pie; o
- d. La pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo.

### **3.2 PÉRDIDA.**

Conforme se emplea aquí, significa con respecto de:

- a. Manos: Pérdida funcional o Amputación traumática o quirúrgica al nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b. Pies: Pérdida Funcional o Amputación traumática o quirúrgica al nivel de la articulación tibiocarpiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c. Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

### **CONDICIÓN CUARTA. - DERECHO A LA EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA.**

El ASEGURADO sólo tendrá derecho a la exoneración cuando por medio de historia clínica acredite a SEGUROS BOLÍVAR su invalidez, según se define en la Condición Tercera del presente ANEXO.

### **CONDICIÓN QUINTA. - RECLAMACIONES.**

Para que SEGUROS BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente al presente ANEXO, el ASEGURADO deberá presentar la reclamación conforme a las CONDICIONES GENERALES DECIMA PRIMERA y DECIMA SEGUNDA con la historia clínica completa.

SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de esta prueba; así mismo, podrá examinar al ASEGURADO cuando lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo. No obstante lo anterior, SEGUROS BOLÍVAR se reservará el derecho de practicar un examen físico anual al ASEGURADO exonerado con el fin de comprobar que la invalidez continúa, el costo del examen estará a cargo de SEGUROS BOLÍVAR.





El ASEGURADO autoriza a SEGUROS BOLÍVAR a que solicite el criterio de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite SEGUROS BOLÍVAR relacionada con la reclamación.

**El ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de este anexo, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.**

**CONDICIÓN SEXTA. - FECHA LÍMITE DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA.**

En caso de que en virtud de este anexo el ASEGURADO se encuentre exonerado del pago de las primas al cumplir 60 años de edad, dicha exoneración continuará vigente hasta la EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN de mantenerse la condición cubierta.

**CONDICIÓN SÉPTIMA. - SUSPENSIÓN DEL INCREMENTO DE LA SUMA ASEGURADA.**

A partir de la fecha de exoneración de pago de las primas se suspende para el ASEGURADO cualquier incremento de la SUMA ASEGURADA y se excluyen todos los ANEXOS si los tuviere.

**CONDICIÓN OCTAVA. – CLAUSULA DE CONVERTIBILIDAD DE LA PÓLIZA**

Mientras el ASEGURADO esté exonerado del pago de las primas, el derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable.

**CONDICIÓN NOVENA. - TERMINACIÓN DEL ANEXO.**

El presente anexo terminará, además de los casos previstos en la Ley:

- 9.1 Por falta de renovación. La EDAD MÁXIMA DE RENOVACIÓN es de 60 años de edad del ASEGURADO, salvo lo previsto en la Condición Sexta de este anexo.
- 9.3 Por terminación anticipada por voluntad unilateral de la parte contratante
- 9.4 Por mora en el pago de la prima

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTE ANEXO, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.



La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A08-248 de fecha 15 de abril de 2011.

SEGUROS  
BOLÍVAR



No.

## SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD VIDA INDIVIDUAL PROTECCIÓN VIDA

Esta solicitud de seguro, así como el examen médico y la declaración de asegurabilidad no representan garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Bolívar, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. La solicitud será aceptada una vez que la compañía expida la póliza y ésta entrará en vigencia cuando el asegurado haya pagado la totalidad de la prima o cuota correspondiente de acuerdo con la periodicidad de pago. Seguros Bolívar se reservará el derecho de no aprobar esta solicitud de seguro caso en el cual no será necesario motivar tal decisión.

Fecha solicitud

|   |   |   |
|---|---|---|
| D | M | A |
|---|---|---|

1 Nombre completo del tomador (si es diferente del asegurado)

Documento de identidad del tomador

☐ C.I ☐ C.R ☐ P ☐ C.J

2 Nombres del asegurado

Apellidos del asegurado

Ocupación actual

Tipo de documento

☐ C.I ☐ C.R ☐ P ☐ C.J

No. de documento

¿Es zurdo?

SÍ ☐ NO ☐

Fecha de Nacimiento

D M A

Marque con una "x" las actividades relacionadas con su ocupación

Oficina ☐ Viajes ☐ Trabajo manual ☐ Manejo de vehículos ☐ Maquinaria pesada ☐ Otros, especifique ☐

Nivel de educación

☐ Bachiller ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ Otro ☐

Ingresos mensuales

### Cobertura básica y coberturas adicionales

#### A. Amparos

Valor asegurado inicial

Prima según forma de pago

|                                               |                                                   |  |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| Vida riesgo                                   |                                                   |  |
| Muerte accidental                             |                                                   |  |
| Desmembración                                 |                                                   |  |
| Renta mensual por incapacidad                 |                                                   |  |
| Gastos médicos                                |                                                   |  |
| Enfermedades graves al 100%                   |                                                   |  |
| Cubrimiento de cáncer de cervix (mujeres)     | SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |  |
| Sin cubrimiento de cáncer de cervix (mujeres) |                                                   |  |
| Incapacidad total y permanente                |                                                   |  |
| Exoneración de primas                         |                                                   |  |
| Total prima de riesgo                         |                                                   |  |

## Datos beneficiarios

|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 1 Nombre completo                                                                                         |  | Parentesco       |  | Fecha nacimiento                                |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  | D                                               | M               | A                                                                |
| Tipo de documento                                                                                         |  | No. de documento |  | Sexo                                            | % Participación | Calidad                                                          |
| C.I. <input type="radio"/> C.R. <input type="radio"/> P. <input type="radio"/> C.J. <input type="radio"/> |  |                  |  | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |                 | Gratuito <input type="radio"/> Acreditante <input type="radio"/> |
| Dirección: Provincia                                                                                      |  | Cantón           |  | Distrito                                        |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
| Puntos cardinales / Señales específicas                                                                   |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |

|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 2 Nombre completo                                                                                         |  | Parentesco       |  | Fecha nacimiento                                |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  | D                                               | M               | A                                                                |
| Tipo de documento                                                                                         |  | No. de documento |  | Sexo                                            | % Participación | Calidad                                                          |
| C.I. <input type="radio"/> C.R. <input type="radio"/> P. <input type="radio"/> C.J. <input type="radio"/> |  |                  |  | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |                 | Gratuito <input type="radio"/> Acreditante <input type="radio"/> |
| Dirección: Provincia                                                                                      |  | Cantón           |  | Distrito                                        |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
| Puntos cardinales / Señales específicas                                                                   |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |

|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 3 Nombre completo                                                                                         |  | Parentesco       |  | Fecha nacimiento                                |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  | D                                               | M               | A                                                                |
| Tipo de documento                                                                                         |  | No. de documento |  | Sexo                                            | % Participación | Calidad                                                          |
| C.I. <input type="radio"/> C.R. <input type="radio"/> P. <input type="radio"/> C.J. <input type="radio"/> |  |                  |  | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |                 | Gratuito <input type="radio"/> Acreditante <input type="radio"/> |
| Dirección: Provincia                                                                                      |  | Cantón           |  | Distrito                                        |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
| Puntos cardinales / Señales específicas                                                                   |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |

|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 4 Nombre completo                                                                                         |  | Parentesco       |  | Fecha nacimiento                                |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  | D                                               | M               | A                                                                |
| Tipo de documento                                                                                         |  | No. de documento |  | Sexo                                            | % Participación | Calidad                                                          |
| C.I. <input type="radio"/> C.R. <input type="radio"/> P. <input type="radio"/> C.J. <input type="radio"/> |  |                  |  | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |                 | Gratuito <input type="radio"/> Acreditante <input type="radio"/> |
| Dirección: Provincia                                                                                      |  | Cantón           |  | Distrito                                        |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
| Puntos cardinales / Señales específicas                                                                   |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |

|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 5 Nombre completo                                                                                         |  | Parentesco       |  | Fecha nacimiento                                |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  | D                                               | M               | A                                                                |
| Tipo de documento                                                                                         |  | No. de documento |  | Sexo                                            | % Participación | Calidad                                                          |
| C.I. <input type="radio"/> C.R. <input type="radio"/> P. <input type="radio"/> C.J. <input type="radio"/> |  |                  |  | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |                 | Gratuito <input type="radio"/> Acreditante <input type="radio"/> |
| Dirección: Provincia                                                                                      |  | Cantón           |  | Distrito                                        |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
| Puntos cardinales / Señales específicas                                                                   |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |
|                                                                                                           |  |                  |  |                                                 |                 |                                                                  |

**Forma de pago de prima e información del intermediario****Periodicidad**Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐**¿Quién paga la prima?****Incremento adicional al Índice de Precios al Consumidor hasta cinco puntos** (para aplicar en la renovación)SÍ ☐ NO ☐(Si marca SÍ escoja una opción) 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐**Forma de pago de la prima**Caja ☐ Débito Automático ☐ Deducción salarial ☐**Medio de pago de la prima (Si la forma de pago es débito automático)**Cuenta Ahorros ☐ Cuenta Corriente ☐ Tarjeta de Crédito ☐**Número de cuenta o tarjeta de crédito****Entidad financiera****Clave 1<sup>er</sup> intermediario****% participación****Clave 2<sup>do</sup> intermediario****% participación****Referencias personales y comerciales****Nombre completo****Dirección****Teléfono****Reclamaciones****¿ha recibido alguna indemnización por algún seguro de vida con otra compañía de seguros?**SÍ ☐ NO ☐**Pluralidad de Seguros****Indique si ha tomado un seguro de vida anterior a este**SÍ ☐ NO ☐ ¿Con cuál Aseguradora?

Valor asegurado: \$

Vigencia de la póliza: D  M  A **Contratación del Seguro****Indique bajo qué condición contrata este seguro**Cuenta propia ☐ Cuenta ajena ☐

**NOTA:** Si la condición es por cuenta ajena, deberá aportarse el consentimiento expreso por escrito de la persona asegurada. Si es documento privado, la firma deberá ser autenticada por un Notario Público. Si es en escritura pública, deberá aportarse testimonio de dicha escritura.

**Declaración de asegurabilidad****Marque con una "x" en sí o no según corresponda**

SÍ NO

¿Está solicitando o tiene seguro con otra compañía?

☐ ☐¿Tiene o ha tenido licencia para pilotear aviones, o piensa pilotear cualquier clase de nave aérea?  
(En caso afirmativo diligenciar el Formulario de Solicitud de Seguro de Vida para Riesgos de Aviación)☐ ☐

¿Utiliza como medio de transporte, como conductor y/o pasajero, motocicleta?

☐ ☐

¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo? ¿Cuál?

☐ ☐

¿Practica otros deportes? ¿Cuáles?

☐ ☐

¿Le ha sido rechazado o expedido con recargo en la prima algún seguro de vida, accidentes o salud?

☐ ☐

¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?

☐ ☐

¿Ha sido indiciado o procesado o hace parte de un proceso penal?

☐ ☐

¿Ha sido secuestrado usted y/o su familia o ha recibido amenazas de secuestro o le han solicitado contribuciones para evitarlo?

☐ ☐

¿Ha estado residiendo en el exterior y/o viaja al exterior frecuentemente?

☐ ☐

¿Ha cambiado o le han aconsejado cambiar de ocupación o residencia por motivos de salud?

☐ ☐**OBSERVACIONES:**



## Notas Jurídicas

1. Declaro bajo fe de juramento que lo indicado en esta Declaración de Asegurabilidad es verdadero y exacto y que no existen hechos o circunstancias adicionales por mí conocidas que razonablemente según mis conocimientos y capacidad de entendimiento en la valoración del riesgo, sean relevantes en la valoración del riesgo. La reticencia o falsedad intencional por parte del Declarante sobre hechos o circunstancias que conocidos por Seguros Bolívar hubieren influido para que el Declarante no fuera cubierto o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del seguro según corresponda, manteniendo Seguros Bolívar el derecho a devengar la totalidad de las primas pagadas por dicho aseguramiento. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado. La misma será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
2. Esta Solicitud de Seguro, así como el examen médico y la declaración de asegurabilidad no representan garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Bolívar, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.
3. **Beneficiario:** Para la cobertura básica de riesgo de muerte y cobertura adicional de muerte accidental es la persona designada por el ASEGURADO a cuyo favor se girarán los pagos a los que se obligue SEGUROS BOLÍVAR en virtud del siniestro cubierto por esta póliza. Para el resto de coberturas adicionales, desmembración, renta mensual por incapacidad, gastos médicos, enfermedades graves con cáncer de cérvix y sin cáncer de cérvix, exoneración de pago de primas por invalidez e incapacidad total y permanente la condición de BENEFICIARIO recaerá sobre el mismo ASEGURADO o sus representantes. En el caso de incapacidad total y permanente se admitirán beneficiarios acreditantes.
4. Se adjunta la tabla de requisitos de asegurabilidad. Se aclara que el costo de dichos requisitos estará a cargo de Seguros Bolívar Aseguradora Mixta S.A. salvo cuando justificadamente se indique estos correrán por cuenta del aspirante a asegurado.
5. Declaro que Seguros Bolívar me ha dado a conocer, de previo al perfeccionamiento del contrato lo siguiente:
  - a. Información sobre el producto, incluyendo los riesgos asociados, los beneficiarios, las obligaciones y los cargos.
  - b. Explicación clara de las coberturas y exclusiones de la póliza.
  - c. Período de vigencia del seguro
  - d. Procedimiento para el pago de la prima y el reclamos en caso de siniestro
  - e. Causas de extinción del seguro
  - f. Derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento
  - g. Derecho de recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten personalmente o por medio de un representante legal, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales.
  - h. Las empresas que conforman la red de proveedores de servicio auxiliares. En el momento de requerir los servicios, el consumidor escogerá libremente entre los distintos proveedores que conforman la red. Manifiesto expresamente conocer que ésta información se encuentra publicada en el sitio web [www.segurosbolivar.com.cr](http://www.segurosbolivar.com.cr)

## 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.

FIRMA DEL TOMADOR

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA DEL ASEGURADO

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

## Espacios para uso exclusivo de unidad técnica

| Cobertura                      | Por mil | Por ciento | No se otorga |
|--------------------------------|---------|------------|--------------|
| Vida riesgo                    |         |            |              |
| Muerte accidente               |         |            |              |
| Desmembración                  |         |            |              |
| Renta mensual por incapacidad  |         |            |              |
| Gastos médicos                 |         |            |              |
| Enfermedades graves al 100%    |         |            |              |
| Incapacidad total y permanente |         |            |              |
| Exoneración de primas          |         |            |              |
|                                |         |            |              |

Clasificación: Normal ☐ Agravado salud ☐ Agravado otros ☐

## Otros agravados

### Otros

IR.

INT.

COM

### Reaseguro

#### Reaseguro facultativo

\$

Cía.

### Otros agravados

Fecha de emisión

D

M

A

Aprobado por:

## Autorización historia clínica (por favor solo firme y coloque su huella)

|           |       |   |   |            |
|-----------|-------|---|---|------------|
| Ciudad    | Fecha |   |   | Señor(es): |
|           | D     | M | A |            |
| Dirección |       |   |   | Ciudad     |

### Autorización

Autorizo expresamente a SEGUROS BOLÍVAR Aseguradora Mixta S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrado, igualmente autorizo a los médicos o facultativos que me hayan examinado o examinen al futuro y a los hospitales, clínicas e instituciones de salud, a que suministren información completa (incluyendo copias de sus archivos) en relación con mi historia clínica a SEGUROS BOLÍVAR Aseguradora Mixta S.A.

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

## Autorización valoración médica

Señor(es):

Médicos Adscritos

SEGUROS BOLÍVAR Aseguradora Mixta S.A.

Ciudad

Fecha

|   |   |   |
|---|---|---|
| D | M | A |
|---|---|---|

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN TIENE VALIDEZ DE 15 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO

Tenemos el gusto de presentar(les) a nuestro cliente, con el fin de que le sean practicados los exámenes para el Seguro de Vida, de conformidad con la tabla de requisitos de asegurabilidad conforme a la edad y valor asegurado.

|                                 |                     |   |                      |                 |  |
|---------------------------------|---------------------|---|----------------------|-----------------|--|
| Nombres completos               |                     |   | Apellidos            |                 |  |
| No. documento de identificación | Fecha de nacimiento |   | Edad                 | Valor asegurado |  |
|                                 | D                   | M | A                    |                 |  |
| Clave intermediario             |                     |   | Persona que Autoriza |                 |  |
| Firma                           |                     |   |                      |                 |  |

Para practicar los exámenes es indispensable que el solicitante se presente el día y hora acordados con su respectivo documento de identidad.



Seguros Bolívar Aseguradora Mixta S.A. Cédula Jurídica No. 3-101-609202  
Dirección: San José, Sabana Norte, Del ICE 300 mts. Oeste y 50 Norte. Torre Sabana. Segundo Piso.  
Teléfonos: 800 - BOLÍVAR (800 2654827) - Fax: 22901079 - www.segurosbolivar.com.cr  
Correo Electrónico: atenciónalcliente@segurosbolivar.com.cr  
Registro ante la Superintendencia General de Seguros No. A08 www.sugesu.fi.cr

Sin calificación de riesgo vigente de conformidad con el Artículo 25 inciso a, de la Ley Reguladora del Mercado 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 en el Artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del mercado de seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: P14-25-A08-248 para Colón y P14-25-A08-249 para Dólaras. Fecha: 15.04.2011