

Triple-S Blue Inc.

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

SEGURO DE INDEMNIZACION PRIMER DIAGNOSTICO DE CANCER

Código de producto: P20-62-A11-598

Fecha registro: 17-ene-15

CONDICIONES GENERALES

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

TRIPLE-S BLUE, INC.

Bajo el nombre comercial BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA

Cédula jurídica 3-012-631203

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

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

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

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

CODIGO DE PRODUCTO:

FECHA DE REGISTRO:

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

**Manuel Antonio Salazar Padilla
Gerente General**

INDICE

	Página
I.INTRODUCCION.....	1
II.DEFINICIONES.....	3
III. DOCUMENTACION DE LA PÓLIZA	5
BASES DEL CONTRATO Y DOCUMENTACION DE LA POLIZA.....	5
IV. AMBITO DE COBERTURA Y BENEFICIOS CUBIERTOS.....	6
EDAD DE CONTRATACION.....	6
COBERTURA PARA EL ADULTO MAYOR. EDADES DE 65 Y MÁS AÑOS.....	6
REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CANCER.....	6
BENEFICIOS.....	6
BENEFICIO PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.....	7
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	7
INDISPUTABILIDAD.....	7
V.DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.....	8
VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO.....	8
VII. PRIMAS.....	9
OBLIGACION DE PAGO DE PRIMAS.....	9
PAGO PUNTUAL DE PRIMAS. LUGAR DE PAGO. MORA EN EL PAGO Y FORMA DE PAGO.....	9
AJUSTES ANUALES DE PRIMA.....	9
FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.....	10
VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.....	10
AVISO DE SINIESTRO Y PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.....	10
Documentos adicionales para reclamaciones incurridas durante los primeros 2 años de la póliza.....	11
Documentos adicionales para Reclamación de hijo dependiente mayor de 18 hasta 24 años de edad.....	11
EXAMEN MEDICO Y AUTOPSIA.....	11
PAGO DE BENEFICIOS POR ESTA PÓLIZA Y LIQUIDACION DE GASTOS.....	11
PRUEBA DEL SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACION.....	12
ACCIONES FRAUDULENTAS.....	12
PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS	12
IX VIGENCIA.PRORROGAS, RENOVACIONES,	

	Página
TERMINACION.....	12
VIGENCIA.....	12
PRORROGA, RENOVACION DE LA POLIZA.....	12
TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	12
CONTINUACIÓN DE LA POLIZA.....	13
TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO Y REEMBOLSO DE PRIMAS POR CANCELACION DE LA POLIZA POR PARTE DEL ASEGURADO.....	14
CANCELACIÓN y RESCISIÓN DE LA POLIZA.....	14
X. CONDICIONES VARIAS.....	14
DECLARACIONES EN LA SOLICITUD.....	14
RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO.....	14
INFORMES DE MEDICOS Y DE HOSPITALES.....	15
RECTIFICACION DE LA POLIZA.....	15
MODIFICACIONES EN LA POLIZA.....	15
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION.....	16
MONEDA.....	16
PRESCRIPCION.....	16
PAGOS INDEBIDOS.....	16
CESION.....	17
OTROS SEGUROS CON NOSOTROS.....	17
LEGITIMACION DE CAPITALES.....	17
XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.....	17
RESOLUCIONES EN SEDE ADMINISTRATIVA.....	17
MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCION DE CONFLICTOS.....	17
ACCION LEGAL CONTRA LA COMPAÑÍA.....	17
TRIBUNAL CON JURISDICCION.....	17
XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	18
XIII. DISPOSICIONES FINALES.....	18
RESPONSABILIDAD DE LA POLIZA Y USO DE LA MARCA.....	18
LEGISLACION APLICABLE	19

II. DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) La solicitud de ingreso del menor; y

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. DOCUMENTACION DE LA POLIZA.

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

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

Este seguro ofrece indemnizar al asegurado por la pérdida en su patrimonio como consecuencia del **Primer Diagnóstico De Cáncer** según definido. Los parámetros que se utilizarán para determinar la suma a indemnizar se describe en la **Sección III. Cobertura y Beneficios**. Esta póliza no es un seguro de salud o gastos médicos.

IV. AMBITO DE COBERTURA Y RIESGOS CUBIERTOS.

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

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

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

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

1) Solicitantes mayores de 65 años de edad: Estará disponible para este grupo

la Cobertura Básica con las mismas condiciones y exclusiones establecidas y con el respectivo ajuste en la prima.

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

REQUISITOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CANCER

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

BENEFICIOS

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

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

BENEFICIO PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

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

INDISPUTABILIDAD. Después que esta póliza haya estado en vigencia sin interrupción durante dos (2) años, su validez no será disputada por omisiones o inexactas declaraciones del asegurado para la correcta apreciación del riesgo, salvo que el asegurado hubiera actuado con dolo.

Si se determina que la Enfermedad de Cáncer es preexistente a la emisión y la misma ocurre antes de los plazos

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

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

V. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

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

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de

seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

VI. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

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

DEL TOMADOR:

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

DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

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

DEL BENEFICIARIO:

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

VII.PRIMAS

OBLIGACION DE PAGO DE LAS PRIMAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Periodo de Gracia para la prórroga anual de la póliza es de treinta (30) días

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

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

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

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

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

En donde:

a) El porcentaje de VARIACIÓN INDICE PRECIOS SERVICIOS corresponderá a la variación interanual del *Índice de*

Precios de Servicios (IPS), publicado por el Banco Central de Costa Rica, con corte al 31 de Diciembre del año anterior al año de la renovación para las pólizas a renovar entre el 1 de Enero y 30 de Junio; y con corte al 30 de Junio del año de renovación para las pólizas a renovar entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre.

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

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

a) **Factor de PAGO SEMESTRAL es 0.52;**
b) **Factor de PAGO TRIMESTRAL es 0.26;**
c) **Factor de PAGO MENSUAL: 0.09**

VIII. AVISO DE SINIESTRO Y TRAMITE DE RECLAMACIONES.

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

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

1. Formulario de reclamación completado y firmado por Asegurado Principal o Reclamante.

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

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

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

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

1. Certificación de estudiante a tiempo completo en una institución académica debidamente aprobada (con fecha al cuatrimestre o semestre anterior al periodo reclamado).
2. Hijos de crianza que dependan del asegurado primario deben presentar documento emitido por autoridad judicial o gubernamental competente.
3. Hijos legalmente adoptados deben presentar documento emitido por autoridad judicial o gubernamental competente.

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

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

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

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

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

Si la muerte del Asegurado sobreviene antes de que la Compañía tenga la oportunidad de pagar el beneficio cubierto, se pagará al beneficiario designado, si lo hubiere, de lo contrario, se considerarán beneficiarios los herederos legales de la persona asegurada establecidos judicialmente. Cualesquiera otras indemnizaciones se

pagarán al Asegurado. Cualquier pago hecho de buena fe por la Compañía conforme a esta disposición le relevará de responsabilidad por el importe del pago.

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

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

PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMOS - Las reclamaciones bajo esta póliza serán resueltas y comunicadas al Asegurado en un plazo de treinta días naturales (30) contados a partir de la fecha en que la Compañía reciba toda la información

necesaria para determinar su responsabilidad bajo la Póliza, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales.

IX. VIGENCIA. PRORROGAS, RENOVACIONES Y TERMINACION.

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

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

PRORROGA O RENOVACION DE LA POLIZA. Esta Póliza es prorrogable y podrá ser renovable por acuerdo de las partes, si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Asegurado al menos con un mes de anticipación.

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

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

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

No obstante, el seguro de un hijo dependiente no terminará por razón de haber alcanzado la edad de 18 años, si al alcanzar esa edad se encuentra incapaz de sostenerse por sus propios medios debido a impedimento físico o retardo mental. La cobertura del hijo continuará mientras dure la incapacidad y la Póliza se encuentre vigente. La Compañía podrá requerir prueba de la continuidad de tal incapacidad y dependencia a intervalos razonables pero no más frecuentemente que una vez al año. Si la prueba no se provee dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha en que se requiera

por Nosotros, la cobertura del hijo dependiente terminará.

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

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

- a) Si se trata de un Plan Familiar, se emitirá una nueva póliza bajo un Plan de Padre Soltero/ Madre Soltera y el Cónyuge será el Asegurado Principal.
- b) Si se trata de un Plan de Pareja, la nueva póliza será bajo un Plan Individual y el Cónyuge será el Asegurado Principal.

Si el seguro de un hijo dependiente termina por razón de haber alcanzado la edad límite, éste podrá continuar con su seguro bajo una nueva póliza individual si lo solicita por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes a la terminación de su cobertura bajo la Póliza.

Nosotros emitiremos la nueva póliza sin requerir evidencia de asegurabilidad. Las disposiciones sobre periodos de espera y límite de tiempo para ciertas defensas en la nueva póliza tomarán en consideración el tiempo transcurrido con respecto a esas disposiciones en esta póliza. La nueva póliza será en la forma que para esa fecha sea emitida corrientemente por Nosotros. La prima será de acuerdo con el plan y la edad alcanzada en la fecha de efectividad de la nueva póliza.

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

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

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

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

- a) En los casos de omisión o inexactitud no intencionales en la declaración del riesgo, cuando la compañía demuestre que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado procederá a rescindir el contrato dentro del plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.
- b) En caso de las personas obligadas a entregar la información necesaria y requerida para cumplir con la legislación vigente sobre Legitimación de Capitales, Ley No. 8204 (Reforma integral de la Ley sobre

estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado y actividades conexas) que no entreguen la información solicitada, la Compañía procederá con la cancelación de la solicitud o de la póliza procediendo a la devolución de las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación.

X. CONDICIONES VARIAS.

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

RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACION DEL RIESGO. La reticencia o falsedad intencional por parte del asegurado, sobre hechos o circunstancias que de ser conocidos por la Compañía hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda. La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equivoco significado. La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

- a) El asegurador tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al

tomador la modificación del contrato, la cuál será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días naturales después de su notificación, el asegurador podrá, dentro de los siguientes quince días hábiles, dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el asegurador demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado, podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.

c) El derecho del asegurador de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados quedando convalidado el vicio.

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

a) Cualquier Médico que haya diagnosticado, atendido, tratado recomendado o prestado servicios profesionales a un Asegurado; y

b) Cualquier Hospital en el cual un Asegurado haya sido tratado o diagnosticado.

c) El Asegurado debe autorizarlos a que proporcionen a la Compañía toda y cualquier información relacionada con servicios, cuidados o facilidades coberturas en cualquier momento en esta Póliza, hasta donde sea requerido por una situación particular y permitida por las leyes pertinentes. El Asegurado también autoriza expresamente a la Compañía a obtener de cualquier otra Compañía Aseguradora o servicio o plan de beneficios, la información que consideremos necesaria a fin de determinar nuestras obligaciones bajo esta Póliza.

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

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA. La Compañía tiene el derecho de adicionar a o modificar cualquier parte de esta

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

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

de los datos tenga derecho a ser resarcido por los daños y perjuicios que se le hubieran provocado, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

MONEDA

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

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

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

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

PAGOS INDEBIDOS - Si la Compañía por error de hecho o de derecho, incurriere en un pago indebido, tendrá acción para establecer acción de reintegro de lo pagado, de conformidad con lo establecido en el Código Civil.

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

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

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

XI. INSTANCIAS DE RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.

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

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

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

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

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

TRIBUNAL CON JURISDICCION - Cualquier demanda respecto a disputas que conciernan a este contrato deben ser presentados ante los Tribunales de la República de Costa Rica.

XII. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

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

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

El Asegurado puede dirigir sus comunicaciones a la Compañía a:

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

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

XIII- DISPOSICIONES FINALES.

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

El asegurado y sus dependientes entienden que no han adquirido esta póliza basado en representaciones de personas ajenas a Triple-S Blue, Inc. a través de BlueCross BlueShield Costa Rica y que ninguna persona, entidad u organización ajena a BlueCross BlueShield Costa Rica podrá ser responsable por cualquier obligación de BlueCross BlueShield Costa Rica hacia el

asegurado o sus dependientes bajo esta póliza. Lo anteriormente expresado no crea responsabilidades adicionales a las ya creadas bajo esta póliza.

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

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

Seguro de Indemnización Primer Diagnóstico de Cáncer - Solicitud Nómina

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

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

PARTE I ASEGURADO PRINCIPAL

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

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

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

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

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

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

PARTE II CÓNYUGE CONVIVIENTE

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

PARTE III PLAN Y CUBIERTAS SELECCIONADAS

PÓLIZA BÁSICA <input type="checkbox"/> 0-55 <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 66+	PLAN / PRIMAS MENSUALES			
	Individual [Código Plan]	Padre/Madre Soltera [Código Plan]	Matrimonio/Pareja [Código Plan]	Familiar [Código Plan]
	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> \$
Recargo por Fraccionamiento	\$	\$	\$	\$
TOTAL PRIMA MENSUAL	\$	\$	\$	\$

PARTE IV HIJOS DEPENDIENTES

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

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

Beneficiario 1 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

Beneficiario 2 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

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

Beneficiario 1 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

Beneficiario 2 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES.									
Beneficiario 1 →		Nombre:			1er apellido:			2º apellido:	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")							
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco ↓		Sexo			Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino		Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →									
Teléfono/e-mail del beneficiario →									
Beneficiario 2 →		Nombre:			1er apellido:			2º apellido:	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")							
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco ↓		Sexo			Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino		Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →									
Teléfono/e-mail del beneficiario →									
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES.									
Beneficiario 1 →		Nombre:			1er apellido:			2º apellido:	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")							
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco ↓		Sexo			Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino		Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →									
Teléfono/e-mail del beneficiario →									
Beneficiario 2 →		Nombre:			1er apellido:			2º apellido:	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")							
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco ↓		Sexo			Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino		Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →									
Teléfono/e-mail del beneficiario →									
Beneficiario 2 →		Nombre:			1er apellido:			2º apellido:	
Nº de identificación ↓		Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")							
		<input type="checkbox"/> Cédula de identidad		<input type="checkbox"/> Cédula de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Otro	
Parentesco ↓		Sexo			Fecha de nacimiento			Porcentaje del beneficio ↓	
		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino		Día:	Mes:	Año:	
Domicilio del beneficiario →									
Teléfono/e-mail del beneficiario →									

PARTE VIII
A CUALQUIER PERSONA PROPUESTO PARA SEGURO:

1) ¿Se le ha diagnosticado o tratado alguna vez, o tiene conocimiento de algún padecimiento de: diabetes, hígado, páncreas, riñón, nefritis, enfisema, tuberculosis, pleuresía, asma, fibrosis quística, cáncer, médula ósea, epilepsia, artritis, gota, dolores de espalda, o alguna condición relacionada al sistema musculoesquelético, nervioso, circulatorio, digestivo o respiratorio, genitourinario, endocrino, inmunológico o uso excesivo del alcohol o drogas que crean hábito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2) ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o le han realizado alguna cirugía durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3) ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por SIDA o ARC? (Condiciones relacionadas al SIDA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4) ¿Ha solicitado en algún momento o está recibiendo en la actualidad beneficios de Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado, o de cualquier otro plan público o privado que conceda beneficios por incapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5) ¿Ha sido examinado, recibido tratamiento o se le ha informado que padece de: ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, alta presión, dolores de pecho, angina, enfermedades coronarias, soplos cardíacos/carótida, convulsiones, desmayos, ataques isquémicos momentáneos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6) ¿Practicó, practica, o espera practicar algún pasatiempo, deporte o actividad peligrosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7) ¿Se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer o enfermedad perniciosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

SOL-

Seguro de Indemnización Primer Diagnóstico de Cáncer - Solicitud Pago Directo

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

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

PARTE I ASEGURADO PRINCIPAL

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

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

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

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

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

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

PARTE II CÓNYUGE CONVIVIENTE

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

PARTE III PLAN Y CUBIERTAS SELECCIONADAS

Primer Diagnóstico de Cáncer <input type="checkbox"/> 0-55 <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 66+	PLAN / PRIMAS MENSUALES			
	Individual [Código Plan]	Padre/Madre Soltera [Código Plan]	Matrimonio/Pareja [Código Plan]	Familiar [Código Plan]
	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/> \$ _____
Recargo por Fraccionamiento	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL PRIMA MENSUAL	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PARTE IV HIJOS DEPENDIENTES

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

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

Beneficiario 1 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo Fecha de nacimiento Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

Beneficiario 2 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo Fecha de nacimiento Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

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

Beneficiario 1 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo Fecha de nacimiento Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

Beneficiario 2 → Nombre: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nº de identificación ↓ Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")
 Cédula de identidad Cédula de residencia Pasaporte Otro
 Parentesco ↓ Sexo Fecha de nacimiento Porcentaje del beneficio ↓
 Femenino Masculino Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 Domicilio del beneficiario → _____
 Teléfono/e-mail del beneficiario → _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES.						
Beneficiario 1 →	Nombre:	1er apellido:	2º apellido:			
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro		
Parentesco ↓	Sexo	Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓		
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:		
<u>Domicilio del beneficiario →</u>						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						
Beneficiario 2 →	Nombre:	1er apellido:	2º apellido:			
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro		
Parentesco ↓	Sexo	Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓		
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:		
<u>Domicilio del beneficiario →</u>						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES.						
Beneficiario 1 →	Nombre:	1er apellido:	2º apellido:			
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro		
Parentesco ↓	Sexo	Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓		
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:		
<u>Domicilio del beneficiario →</u>						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						
Beneficiario 2 →	Nombre:	1er apellido:	2º apellido:			
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro		
Parentesco ↓	Sexo	Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓		
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:		
<u>Domicilio del beneficiario →</u>						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL DE HIJOS DEPENDIENTES.						
Beneficiario 1 →	Nombre:	1er apellido:	2º apellido:			
Nº de identificación ↓	Tipo de documento de identidad (Por favor marcar el tipo con una "x")					
	<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro		
Parentesco ↓	Sexo	Fecha de nacimiento		Porcentaje del beneficio ↓		
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día:	Mes:	Año:		
<u>Domicilio del beneficiario →</u>						
Teléfono/e-mail del beneficiario →						
PARTE VII						
AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMA INICIAL Y SUBSIGUIENTE MEDIANTE CARGO AUTOMATICO						
Frecuencia de Pago y Recargo: <input type="checkbox"/> Anual (0%) <input type="checkbox"/> Semestral (0.50%) <input type="checkbox"/> Trimestral (0.25%) <input type="checkbox"/> Mensual (0.833%)			Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Débito Cuenta			
Nombre del Titular:		Número de cuenta:		Fecha de Vencimiento:		
<p>Autorizo expresa e inequívocamente a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA a descontar de mi tarjeta de crédito, débito o cuenta corriente la prima inicial y primas subsiguientes. Entiendo y acepto que si la Compañía no puede realizar los cargos a la cuenta o tarjeta reportada, el seguro puede ser cancelado por falta de pago. En dicho caso libero a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA de cualquier tipo de responsabilidad por el cobro del seguro, y será mi responsabilidad comunicar a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA otro medio de pago del seguro mi responsabilidad comunicar a la Compañía otro medio de pago del seguro.</p>						
<p>MODIFICACION DE TARIFAS: La compañía podrá modificar las primas en la presente póliza, en cualquier prórroga contractual de la póliza; siempre que la notifique al contratante por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. Las Primas comerciales de las diversas coberturas del presente seguro, se estarían ajustando anualmente a la prórroga contractual de la póliza, con base a la variación del Índice de Precios de Servicios y a la experiencia de la siniestralidad presentada por cartera de pólizas del presente producto durante su último año.</p>						
PARTE VIII						
A CUALQUIER PERSONA PROPUESTO PARA SEGURO:						
1) ¿Se le ha diagnosticado o tratado alguna vez, o tiene conocimiento de algún padecimiento de: diabetes, hígado, páncreas, riñón, nefritis, enfisema, tuberculosis, pleuresía, asma, fibrosis quística, cáncer, médula ósea, epilepsia, artritis, gota, dolores de espalda, o alguna condición relacionada al sistema musculoesquelético, nervioso, circulatorio, digestivo o respiratorio, genitourinario, endocrino, inmunológico o uso excesivo del alcohol o drogas que crean hábito?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) ¿Ha sido hospitalizado por algún motivo o le han realizado alguna cirugía durante los últimos cinco años?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5) ¿Se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento por SIDA o ARC? (Condiciones relacionadas al SIDA)						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) ¿Ha solicitado en algún momento o está recibiendo en la actualidad beneficios de Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado, o de cualquier otro plan público o privado que conceda beneficios por incapacidad?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8) ¿Ha sido examinado, recibido tratamiento o se le ha informado que padece de: ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, alta presión, dolores de pecho, angina, enfermedades coronarias, soplos cardiacos/carótida, convulsiones, desmayos, ataques isquémicos momentáneos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9) ¿Practicó, practica, o espera practicar algún pasatiempo, deporte o actividad peligrosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10) ¿Se le ha recomendado someterse a examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir un posible tumor maligno, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer o enfermedad perniciosas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

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

DECLARACION

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

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

Certifico que he leído, o se me ha leído la solicitud completada y entiendo que cualquier declaración falsa o representación incorrecta hecha en la misma que sea fraudulenta o material para la aceptación del riesgo podría resultar en pérdida de cubierta bajo la póliza. **Entiendo además, que ningún seguro entrará en vigor hasta que la primera prima haya sido pagada.** Detalle las pólizas de cáncer activas con **BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc.** a nombre del asegurado primario (si aplica): _____

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

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

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

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

BCBS Costa Rica Triple-S Blue, Inc., se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar esta solicitud de seguro, para lo cual informará a la dirección señalada para comunicaciones en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para el análisis del riesgo. En caso de el riesgo sea de complejidad, la respuesta se dará en un plazo no mayor a dos (2) meses.

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

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

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

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

_____	_____	_____	_____
Nombre Intermediario	Firma Intermediario	Código	Lugar y Fecha

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

RECIBO CONDICIONAL - POLIZA DE PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Recibí de _____ la suma de \$ _____ en calidad de depósito para el pago de la prima inicial de la póliza de Cáncer y Enfermedades Temidas solicitada a BLUECROSS BLUESHIELD COSTA RICA mediante la solicitud que lleva el mismo número y fecha que este recibo. Ningún seguro bajo la póliza solicitada comenzará hasta que se apruebe su solicitud y se emita la póliza. Si la solicitud es rechazada, la suma en depósito le será devuelta. Usted debe recibir la póliza solicitada o alguna notificación nuestra al respecto. En casos de complejidad, la respuesta se dará en un plazo no mayor a 2 meses, a partir de la fecha de este recibo. De lo contrario, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Asegurado al teléfono (506) 2248-4696.

_____	_____	_____	_____
Nombre Intermediario	Firma Intermediario	Código	Lugar y Fecha