

MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A.

Seguro Recuperación Médica Colones

Código de producto: P20-64-A03-380

Fecha registro: 27-ago-2012

Oficio solicitud registro: MFCR-SGS-12-07-2012

Acuerdo de Aseguramiento

MAPFRE | Seguros Costa Rica S.A., entidad aseguradora registrada bajo la cédula jurídica número 3-101-560179 y debidamente acreditada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, en adelante conocida como **MAPFRE | COSTA RICA**, expide esta póliza de seguro, la cual se regirá por las cláusulas que adelante se detallan, o en su defecto, por las disposiciones de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros y de cualquier otra legislación comercial que resultare aplicable.

La eficacia de cada una de las coberturas descritas en esta póliza, está sujeta a que se hayan incorporado a la misma, según conste en las Condiciones Particulares del contrato.

Condiciones Generales

Capítulo 1. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Documentación contractual

Integran esta póliza las presentes condiciones generales, la solicitud del Tomador, los cuestionarios anexos a esta, las condiciones particulares, los Exámenes Médicos y cualquier Otro Documento suscrito por el Contratante y/o Asegurado que hubiere sido tomado en cuenta para la celebración o modificación de este contrato de seguro, los adenda que se agreguen a esta y cualquier declaración del Tomador relativa al riesgo. En cualquier parte de este contrato donde se use la expresión “esta póliza” se entenderá que constituye la documentación ya mencionada.

Artículo 2. Rectificación de la póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador tendrá un plazo de treinta días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza.

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador de solicitar la rectificación de la póliza.

Artículo 3. Perfeccionamiento del contrato

La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos de **MAPFRE | COSTA RICA** deberá ser aceptada o rechazada por **MAPFRE | COSTA RICA** dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo, mediante nota escrita al solicitante. Si **MAPFRE | COSTA** no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, así como otros contemplados en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, **MAPFRE | COSTA**

RICA deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

La solicitud de seguro no obliga al solicitante sino hasta el momento en que se perfecciona el contrato con la aceptación de **MAPFRE | COSTA RICA**. A la solicitud de seguro se aplicará lo establecido en los artículos 1009 y 1010 del Código Civil.

Artículo 4. Definiciones

Para los efectos de esta póliza y sujetos a las demás condiciones de la misma, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye:

a) ASEGURADO:

Es aquella persona que obtiene el beneficio de las coberturas de enfermedad amparadas en la póliza de seguro.

b) BENEFICIARIO:

Es aquella persona que obtiene el beneficio de la póliza, en caso de muerte del Asegurado.

c) ENDOSO:

Es el documento que forma parte del Contrato de Seguro y que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del mismo.

d) ENFERMEDAD CONGÉNITA:

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

e) ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Enfermedades contraídas y/o manifestadas antes de la entrada en vigor del Contrato de Seguro (cuya vigencia se consigna en las Condiciones Particulares de la póliza) y que:

- Fueron diagnosticadas por un médico y/o
- Fueron aparentes a la vista y/o
- Fueron de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas y/o
- Aquellas por las que se hayan erogado gastos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para cada asegurado.

A fin de determinar cuándo una enfermedad es aparente a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, se tomarán en cuenta los siguientes criterios y definiciones:

1. Que un médico haya determinado la preexistencia mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo a la celebración del Contrato de Seguro, o
2. Que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento, un perito médico así lo determine.

f) ENFERMEDAD:

Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

- g) **HOSPITAL y CENTRO MÉDICO:**
Entidad de Salud legalmente autorizada para la atención médico-hospitalaria y certificada por el Ministerio de Salud, de acuerdo a los parámetros establecidos por dicha institución.
- h) **INDEMNIZACIÓN:**
Es el monto que **MAPFRE | COSTA RICA** pagará por cada cobertura amparada.
- i) **MAPFRE | COSTA RICA:**
MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., entidad jurídica que en su condición de asegurador acreditado por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica, suscribe esta póliza y queda obligada a cumplir los compromisos que de ella se derivan en relación con los riesgos asumidos por su medio.
- j) **PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:**
Es el pago a cargo de **MAPFRE | COSTA RICA** y que se realizará:
1. Directamente al contratante (representante legal, tutor o guardador) tratándose de Asegurados menores de edad.
 2. En caso de fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando la indemnización sea procedente, el pago del seguro se hará efectivo al beneficiario designado en la Solicitud de Seguro y a falta de éste a su sucesión.
 3. En los demás casos se pagará directamente a los Asegurados.
- k) **PERÍODO DE ESPERA:**
Tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de ingreso a la póliza, para amparar los padecimientos cubiertos por virtud de este contrato de seguro.
- l) **PERITO MÉDICO:**
Médico Especialista debidamente certificado por el Colegio de Médicos y Cirujanos.
- m) **SIGNO:**
Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.
- n) **SÍNTOMA:**
Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).
- o) **TOMADOR:**
Persona natural o jurídica que celebra el Contrato de Seguro y se compromete a pagar las primas.

Artículo 5. Vigencia

La fecha de inicio de vigencia de esta póliza es la que se estipula como tal en las Condiciones Particulares. El período de vigencia es anual y la póliza se renovará automáticamente por igual lapso.

La renovación se hará efectiva con el pago de la prima que corresponda dentro de los plazos establecidos en los Artículos 7 y 8 de estas Condiciones Generales.

La renovación se efectuará bajo las mismas condiciones del período que vence, excepto cuando las partes estipulen lo contrario, en cuyo caso se emitirá la adenda respectiva.

Artículo 6. Período de cobertura

El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza; no obstante, el reclamo puede ser presentado después de que la vigencia haya llegado a su término. Lo anterior sin perjuicio de los términos de prescripción previstos en la presente póliza.

Artículo 7. Prima a pagar

La prima es debida por adelantado desde el perfeccionamiento del contrato y, en el caso de primas de pago fraccionado, en las fechas acordadas. Si las partes no pactan un pago fraccionado se entenderá que la prima cubre el plazo del contrato en su totalidad. En el caso de pólizas en que no se acuerde un pago fraccionado, la prima deberá ser pagada en dinero dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes, salvo pacto en contrario entre el Asegurado y **MAPFRE | COSTA RICA**. En el caso de pólizas en que se acuerde un pago fraccionado de la prima, ésta deberá ser pagada conforme se indican en el artículo 8 siguiente.

La prima deberá ser honrada en el domicilio de **MAPFRE | COSTA RICA**, en el de sus representantes o intermediarios debidamente autorizados.

Si dentro del período de pago antes indicado sobreviniere un siniestro amparable por esta póliza y la prima no se hubiere pagado, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá deducir de las indemnizaciones que resultaren procedentes, el importe de prima pendiente de pago.

Artículo 8. Fraccionamiento de la prima

Por acuerdo de las partes, la prima podrá ser de pago fraccionado. En tal caso, cada pago fraccionado deberá realizarse dentro de los primeros diez días hábiles siguientes a la fecha convenida. Las obligaciones del asegurador se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia.

Los porcentajes de recargo financiero correspondientes a cada forma de pago fraccionado constan en la solicitud de este seguro.

Si dentro del período de pago antes indicado sobreviniere un siniestro amparable por esta póliza y la prima no se hubiere pagado, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá deducir de las indemnizaciones que resultaren procedentes, el importe de prima pendiente de pago.

Artículo 9. Mora en el pago

Si la prima no ha sido pagada dentro de los plazos establecidos en los Artículos 7 y 8 de estas Condiciones Generales, **MAPFRE | COSTA RICA** podrá tomar una de las siguientes acciones:

- a) Dar por terminado el contrato, en cuyo caso, salvo pacto en contrario, **MAPFRE | COSTA RICA** quedará liberado de su obligación en caso de cualquier siniestro ocurrido a partir de la

mora. Deberá 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.

- b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, **MAPFRE | COSTA RICA** será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Tomador se encuentre en mora. La facultad aquí otorgada caducará en la mitad del plazo que falte para el vencimiento del seguro. En caso de caducar este derecho, se entenderá que el contrato queda extinguido a partir de la fecha de caducidad, debiendo notificar tal situación al Tomador, a los asegurados o a ambos, según corresponda, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que **MAPFRE | COSTA RICA** escoge mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, si no notifica su decisión de dar por terminado el contrato, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora.

Para el cobro en la vía ejecutiva de la prima dejada de pagar, más el interés legal o pactado, servirá de título ejecutivo la certificación del monto de la prima devengada no pagada que emita un contador público autorizado.

MAPFRE | COSTA RICA deberá informar oportunamente su decisión al contratante, cualquiera que ella sea.

Artículo 10. Moneda

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que de lugar esta póliza, son liquidables en colones moneda costarricense.

Artículo 11. Ajustes en la prima

Los ajustes de prima originados en modificaciones a la póliza, deberán cancelarse en un término máximo de diez días naturales contados a partir de la fecha en que **MAPFRE | COSTA RICA** acepte la modificación. Si la prima de ajuste no es pagada durante el período establecido, **MAPFRE | COSTA RICA** dará por no aceptada la modificación por parte del Asegurado y dejará la póliza en el mismo estado anterior.

Si la modificación a la póliza origina devolución de prima, **MAPFRE | COSTA RICA** deberá efectuarla en un plazo máximo de diez días hábiles, contado a partir de la solicitud.

Artículo 12. Domicilio para notificaciones al Asegurado o sus beneficiarios

El asegurado o sus beneficiarios deben informar su domicilio a **MAPFRE | COSTA RICA**, para efectos de cualquier notificación relacionada con los derechos que les asisten al amparo de esta póliza.

Artículo 13. Terminación anticipada de la Póliza

Durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a MAPFRE | COSTA RICA con al menos un mes de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, MAPFRE | COSTA RICA tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada.

Artículo 14. Terminación del contrato

Conforme se dispone en el Artículo 9., inciso a), de estas Condiciones Generales, la falta de pago de la prima dentro del plazo previsto, constituirá causal de terminación del contrato, cuya eficacia estará sujeta a la notificación respectiva al Tomador de la póliza en el lapso allí establecido.

No obstante, en salvaguarda de los intereses de los Asegurados, en caso de que se dé por terminado el contrato, MAPFRE | COSTA RICA les notificará dicho acto. La notificación se dirigirá al domicilio o cualquier otro medio designado para tales efectos por parte del Asegurado.

Artículo 15. Reticencia o falsedad en la declaración del riesgo

La reticencia o falsedad intencional por parte del Tomador y/o el Asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por MAPFRE | COSTA RICA hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones, producirán la nulidad relativa o absoluta de esta póliza, 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 declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. MAPFRE | COSTA RICA podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a) MAPFRE | COSTA RICA tendrá un mes a partir de que conoció la situación, para proponer al Tomador la modificación a la póliza, 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 la notificación, MAPFRE | COSTA RICA,**

dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminada esta póliza conservando la prima devengada hasta el momento que se notifique la decisión.

- b) Si el MAPFRE | COSTA RICA demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir esta póliza en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.**
- c) El derecho de MAPFRE | COSTA RICA de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.**

Artículo 16. Efecto de la reticencia o inexactitud de declaraciones sobre el siniestro

Si un siniestro ocurre antes de la modificación o rescisión de esta póliza por motivos de reticencia o inexactitud de declaraciones conforme se regula en el artículo anterior, **MAPFRE | COSTA RICA** rendirá la prestación debida cuando el vicio no pueda reprocharse al Tomador y/o al Asegurado. En caso de que la reticencia o inexactitud sea atribuible al Tomador y/o al Asegurado, **MAPFRE | COSTA RICA** brindará 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 **MAPFRE | COSTA RICA** demuestra que de conocer la condición real del riesgo no hubiera consentido el seguro, quedará liberado de su prestación y retendrá las primas pagadas o reintegrará las no devengadas, según el vicio sea o no atribuible a la persona asegurada respectivamente.

Artículo 17. Límites de Responsabilidad y Suma Asegurada

El Límite máximo de Responsabilidad de **MAPFRE | COSTA RICA**, en cualquier momento para cada Asegurado, será igual a la suma estipulada en las Condiciones Particulares del Contrato para cada enfermedad correspondiente, sujeto a lo establecido en las condiciones particulares y generales de este contrato.

Artículo 18. Restablecimiento de la Suma Asegurada

La suma asegurada se restablecerá automáticamente en la renovación del Contrato de Seguro, para cubrir nuevamente los mismos padecimientos o enfermedades.

Artículo 19. Límite de edad

Las edades de admisión de este seguro estarán comprendida desde un (1) año hasta los sesenta y cuatro (64) años de edad, ambas edades incluidas y la edad máxima de cobertura se ampliará hasta los 69 años de edad en los casos de renovación de la póliza, siempre y cuando el Asegurado tenga dos (2) años de vigencia continua e ininterrumpida en este seguro.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites de

aceptación fijados, los beneficios de esta póliza quedarán rescindidos de pleno derecho y **MAPFRE | COSTA RICA** reintegrará la prima no devengada correspondiente, de la prima que se hubiere pagado a la fecha.

MAPFRE | COSTA RICA se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado. Una vez comprobada la edad, **MAPFRE | COSTA RICA** hará la anotación correspondiente en la póliza o en su defecto extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Artículo 20. Beneficiario

El Asegurado definirá el o los beneficiarios de su póliza. En caso de nombrar más de un beneficiario, el Asegurado deberá señalar en dicho nombramiento el porcentaje respectivo que recibiría cada beneficiario sobre las indemnizaciones de la presente póliza por causa de muerte del Asegurado. En todo momento durante la vigencia de esta póliza el Asegurado puede cambiar de beneficiario (s), notificándolo por escrito al Tomador quien lo reportará a **MAPFRE | COSTA RICA** y este cambio surtirá efecto desde el momento que tal comunicado haya sido entregado en las oficinas de **MAPFRE | COSTA RICA**.

Si hubiere varios beneficiarios designados y algunos de ellos fallecieran antes que el Asegurado, la suma asegurada correspondiente será distribuida entre los beneficiarios designados sobrevivientes en proporción a su respectivo porcentaje.

Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado o si éste hubiere fallecido sin designar beneficiarios, la indemnización se girará a la sucesión de éste.

Si el Beneficiario es un acreedor su modificación solo se podrá efectuar con su consentimiento y además, su derecho indemnizatorio estará circunscrito al pago de la suma correspondiente al importe del saldo pendiente del crédito al ocurrir el siniestro. Si existiese remanente se pagará a los beneficiarios distintos del Acreedor.

“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.”

Capítulo 2. **ÁMBITO DE COBERTURA**

Con sujeción a las demás condiciones establecidas en la póliza, entre ellas las exclusiones, restricciones y límites que resultaren aplicables, este seguro ofrece la siguiente cobertura:

Artículo 21. Cobertura A: COBERTURA ÚNICA

Si el Asegurado requiere tratamiento médico o quirúrgico en un hospital o centro médico durante la vigencia del Contrato de Seguro, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará el importe correspondiente a la enfermedad cubierta, siempre que la estancia hospitalaria sea justificada por el médico tratante, y con una duración de al menos 48 horas continuas para el tratamiento médico correspondiente. En caso de requerirse tratamiento quirúrgico, no existirá tiempo mínimo de estancia hospitalaria.

El pago a realizar por **MAPFRE | COSTA RICA** será por una sola ocasión para cada enfermedad durante la vigencia póliza. En caso de presentarse otro padecimiento amparado durante la misma vigencia, se pagará el importe correspondiente a dicho padecimiento, esto se dará en dependencia del número de padecimientos o eventos contratados. El número máximo de padecimientos o eventos a cubrir para cada Asegurado por vigencia póliza, se señala en las Condiciones Particulares.

En caso de fallecimiento del Asegurado con motivo de un tratamiento médico (cumpliendo con los períodos de hospitalización de la enfermedad cubierta) o intervención quirúrgica, para sanar alguna de las enfermedades amparadas en esta póliza las cuales se indican en el Artículo 22 siguiente de estas condiciones generales, la suma asegurada de la enfermedad por la cual falleciere el Asegurado, se pagará al beneficiario designado en la solicitud de seguro y a falta de éste a su sucesión.

En todos los casos de cobertura bajo esta póliza, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará únicamente el importe correspondiente a la enfermedad cubierta al Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, independientemente de los gastos hospitalarios o similares que deban cubrir el Asegurado o sus beneficiarios en razón del tratamiento recibido por el Asegurado.

Artículo 22. Enfermedades amparadas

1. Se cubrirán las enfermedades detalladas a continuación, siempre y cuando sus manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento, se presenten después de los primeros 30 días de vigencia continua en la póliza para cada Asegurado. El período de espera indicado anteriormente no tendrá efecto en la renovación del Contrato de Seguro, siempre y cuando el Asegurado mantenga su cobertura de forma continua e ininterrumpida.

a) APENDICITIS

Es la presencia de un proceso infeccioso a nivel apendicular del intestino delgado que por su severidad y manifestación clínica requiere de la extirpación quirúrgica.

b) NEUMONÍA

Es la infección a nivel pulmonar que se manifiesta por evidencia clínica de la enfermedad y se corrobora por cambios radiológicos. Se requiere una estancia hospitalaria superior a 48 horas.

c) PANCREATÍIS AGUDA

Cuadro inflamatorio del páncreas de al menos 48 horas de evolución, ocasionado por obstrucción del conducto pancreático.

d) ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Es el tratamiento médico secundario a la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales que produce secuelas neurológicas con duración superior a 24 horas y que provoque lesiones irreversibles y de carácter permanente. Incluye infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extra craneal. **Quedan excluidas las crisis de isquemia transitoria.**

e) LITIASIS RENAL

Los cristales de sales encontrados en la orina pueden solidificarse formando piedras (cálculos) que pueden encontrarse en formas únicas o múltiples en los riñones y/o el sistema colector. Se procederá al pago de la indemnización cuando se requiera la extirpación de estas piedras por cualquier procedimiento médico invasivo.

- 2. Se cubrirán los eventos detallados a continuación, siempre y cuando sus manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento, se presenten después de los primeros 90 días de vigencia continua en la póliza para cada Asegurado. El periodo de espera indicado anteriormente no tendrá efecto en la renovación del Contrato de Seguro, siempre y cuando el Asegurado mantenga su cobertura de forma continua e ininterrumpida.**

a) LITIASIS VESICULAR

Es la presencia de piedras (cálculos) en los conductos biliares o en la vesícula biliar que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y/o en los conductos biliares. Se procederá al pago de la indemnización cuando se requiera la extirpación de estas piedras por cualquier procedimiento médico invasivo.

b) ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL

Son las enfermedades caracterizadas por la presencia de una úlcera en el estómago o duodeno y que debido a su severidad (definida en función de la capacidad de generar sangrado de tubo digestivo) requiera de tratamiento médico hospitalario por un espacio mayor a 48 horas o bien requiera de tratamiento quirúrgico.

c) TUMORES BENIGNOS

Es la presencia de una o más tumoraciones en diferentes partes del cuerpo de carácter benigno (se define benigno como la incapacidad de generar diseminación del tumor a otros sitios del organismo). La indemnización procederá sólo si existió extirpación quirúrgica de estas tumoraciones, realizada en un centro hospitalario o

centro médico autorizado. **Queda excluido cualquier clase de tumor benigno en piel, tejido subcutáneo y/o mama.**

d) INFARTO AL MIOCARDIO

Consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre valores normales de laboratorio. Para proceder al pago de la indemnización se requiere tratamiento hospitalario superior a 48 horas.

e) CÁNCER EN TODAS SUS FORMAS

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas. La invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o sistema circulatorio.

f) EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE OVARIOS

Procedimiento quirúrgico en donde se hace la extirpación de 1 ó los 2 ovarios en un mismo evento. **Se exceptúan intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**

g) HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Se define como el crecimiento benigno de la glándula prostática peri-uretral causando grados variables de obstrucción al flujo vesical. Para el pago de la indemnización se requiere de extirpación quirúrgica de próstata cuando exista indicación médica.

h) HISTERECTOMÍA

Procedimiento quirúrgico donde se realiza la extirpación de la matriz o útero.

i) DIVERTÍCULOS DEL COLON

Divertículos: Protusiones adquiridas de la membrana mucosa del colon a través de la pared muscular del intestino. Aparecen principalmente en el sigmoide (parte del colon) y en el colon descendente. Pueden inflamarse (Diverticulitis). Para proceder al pago de la indemnización se requiere de la intervención quirúrgica.

j) HERNIA INGUINAL Y ABDOMINAL

Es la protusión de una parte del intestino a través de la pared que lo rodea.

Artículo 23. Exclusiones Generales

Sin perjuicio de otras exclusiones establecidas en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros vigente y salvo pacto escrito en contrario, esta póliza no cubre ningún daño o pérdida que resulte como consecuencia directa o indirecta de:

- a) Por Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este Contrato de Seguro.**

- b) **Enfermedades preexistentes o aquellas que ocurran durante el periodo de espera establecido en las presentes Condiciones Generales.**
- c) **Enfermedades que aún cuando estén cubiertas no ameritaron o no recibieron tratamiento hospitalario y/o quirúrgico.**
- d) **Padecimientos originados como consecuencia de un intento de suicidio.**
- e) **Enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- f) **Enfermedades congénitas.**
- g) **Padecimientos ocurridos a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.**
- h) **Tratamiento médico o quirúrgico por más de una ocasión de las enfermedades cubiertas, durante una misma vigencia del Contrato de Seguro.**
- i) **Cáncer de piel en cualquiera de sus estadios.**
- j) **Cáncer cérvico uterino en la etapa I (in situ)**

Capítulo 3. RECLAMO DE DERECHOS SOBRE LA PÓLIZA

Artículo 24. Plazo para el aviso de siniestro

Sin detrimento de lo estipulado en el Artículo 42 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, todo hecho que se presuma cubierto por esta póliza deberá ser reportado por el Tomador y/o el Asegurado a **MAPFRE | COSTA RICA** en el término de quince (15) días naturales a partir de la fecha de ocurrencia del hecho que motiva la reclamación, o del momento en que se tuviere conocimiento del mismo.

Si el aviso de siniestro no se presenta dentro del plazo indicado, por dolo o culpa grave del Asegurado, Tomador, y/o Beneficiario, MAPFRE | COSTA RICA estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

No obstante, si se demostrase que el aviso no se presentó dentro del plazo estipulado por razones de fuerza mayor y que fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible, el reclamo no será invalidado por esta razón.

Artículo 25. Requisitos para la tramitación de un reclamo

Para solicitar el pago de la indemnización por alguna de las coberturas de este contrato, el Tomador o el Asegurado o el Beneficiario, deberá presentar a **MAPFRE | COSTA RICA** los siguientes requisitos en el plazo establecido en el Artículo 24 precedente de estas Condiciones Generales:

i. De aspecto general para cualquier tipo de reclamación:

- a) Carta suscrita por el Asegurado o lo(s) beneficiario(s) solicitando la indemnización.
- b) Fotocopia del documento de identificación el Asegurado y/o del(os) beneficiario(s). Asimismo, tratándose de beneficiarios menores de edad, se debe presentar constancia de nacimiento.

ii. Requisitos adicionales para reclamos por gastos por enfermedad:

- a) **APENDICITIS**
Indicación médica e informe histopatológico.
- b) **NEUMONÍA**
Epicrisis médica del alta hospitalaria y copia de los resultados o conclusivos de los estudios radiológicos donde se evidencie la evolución de la enfermedad.
- c) **PANCREATÍTIS AGUDA**
Indicación médica e informe histopatológicos y cualquier otro estudio complementario que evidencien el diagnóstico y evolución de la enfermedad.
- d) **ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**
Tomografía axial computarizada o resonancia magnética u otros estudios complementarios y presentar la epicrisis médica del alta hospitalaria.
- e) **LITIASIS RENAL**
Informes de estudios complementarios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- k) **LITIASIS VESICULAR**
Informes de estudios complementarios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- l) **ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL**
Informes de estudios histopatológicos, estudios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- m) **TUMORES BENIGNOS**
Informes de estudios histopatológicos, estudios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.

- n) **INFARTO AL MIOCARDIO**
Resultados del electrocardiograma (ECG) y del examen de enzimas cardíacas y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- o) **CÁNCER EN TODAS SUS FORMAS**
Resultados de exámenes complementarios y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- p) **EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE OVARIOS**
Informe de estudios de histopatología, resultados de exámenes complementarios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- q) **HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA**
Resultados de exámenes complementarios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- r) **HISTERECTOMÍA**
Resultados de exámenes complementarios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.
- s) **DIVERTÍCULOS DEL COLON**
Reporte histopatológico y exámenes complementarios que sugirieron el diagnóstico de estos divertículos o bien el tratamiento médico de un proceso donde se inflaman estas herniaciones (Diverticulitis), incluyendo epicrisis médica del alta hospitalaria.
- t) **HERNIA INGUINAL Y ABDOMINAL**
Informe de estudios de histopatología, resultados de exámenes complementarios de imagenología y epicrisis médica del alta hospitalaria.

Además de todos los requisitos indicados anteriormente para cada una de las enfermedades cubiertas por este seguro, MAPFRE | COSTA RICA podrá solicitar, cuando lo estime conveniente, cualquier otra documentación o soporte relacionado con la enfermedad reportada, para una mejor valoración de la reclamación.

iii. Requisitos adicionales para reclamos por muerte del asegurado:

- a) Certificado de defunción expedido por el Registro Civil donde se indique la causa y lugar de la muerte del asegurado.
- b) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, debe aportar:
 - i. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.
 - ii. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con la certificación consular. En caso que los documentos vengan en un idioma distinto al español, deberá además proporcionarse una traducción oficial al efecto.

Artículo 26. Disminución del número de padecimientos

Toda indemnización que **MAPFRE | COSTA RICA** pague, reducirá en igual cantidad al número de eventos amparados para cada Asegurado durante la vigencia de la póliza.

Una vez que el Contratante, Asegurado o Beneficiario designado en su caso, presenten una reclamación por un padecimiento cubierto, **MAPFRE | COSTA RICA** pagará en caso de que la reclamación proceda, la indemnización correspondiente por dicho padecimiento una sola vez durante la vigencia anual del Contrato de Seguro. Sin embargo, la suma asegurada que corresponda, podrá restablecerse conforme se estipula en el artículo 18 de estas Condiciones Generales.

Artículo 27. Pago de Indemnización y Plazo para Indemnizar

MAPFRE | COSTA RICA se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten, en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de que el ASEGURADO y/o el TOMADOR presenten todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en estas Condiciones Generales, de conformidad con el Artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley N° 8653.

Una vez se haya cumplido con el procedimiento de reclamo, **MAPFRE | COSTA RICA**, procederá a hacer el pago, dentro de los treinta (30) días naturales de notificado el siniestro y haber cumplido con los requisitos establecidos anteriormente.

Artículo 28. Indisputabilidad

Se establece un período de disputabilidad de los beneficios otorgados por esta póliza, equivalente al lapso de dos años contabilizados a partir del perfeccionamiento del contrato en relación con cada uno de los Asegurados que se incorporen a la misma. Una vez transcurrido este plazo, salvo cuando el Asegurado hubiera actuado con dolo, **MAPFRE | COSTA RICA** no disputará la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas relacionadas con la información brindada por éste para los efectos de aseguramiento.

Artículo 29. Valuación por Peritos

Conforme al artículo 73 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto de la valuación médica del daño o el monto de la pérdida. La valoración podrá efectuarse por uno o más médicos o peritos especialistas, según lo convengamos las partes.

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

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

Artículo 30. Prescripción de derechos

Los derechos derivados del contrato de seguros prescriben en un plazo de 4 años contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles por parte de quien los invoca.

Capítulo 4. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 31. Comunicaciones

Las comunicaciones del TOMADOR y/o del ASEGURADO a **MAPFRE | COSTA RICA** que se refieran a esta póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales en la ciudad de San José, ubicadas en Barrio Tournón, costado Este del Periódico La República, edificio ALVASA, 2do. Piso. El ASEGURADO y el TOMADOR deberán comunicar su domicilio a **MAPFRE | COSTA RICA** y **MAPFRE | COSTA RICA** lo hará constar en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Cualquier notificación o aviso que **MAPFRE | COSTA RICA**, deba hacer al Tomador y/o Asegurado, se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en la póliza.

Artículo 32. Legitimación de capitales

El ASEGURADO se compromete a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado “Conozca su Cliente”, así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando **MAPFRE | COSTA RICA** se lo solicite.

MAPFRE | COSTA RICA se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el ASEGURADO incumpla con esta obligación y devolverá la prima no devengada en un plazo no mayor de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

Artículo 33. Confidencialidad de la información

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito el ASEGURADO en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad competente.

Artículo 34. Jurisdicción

Serán competentes para ventilar cualquier disputa en relación con este contrato los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, salvo que las partes acuerden que sea mediante arbitraje, según se describe en el Artículo 35 siguiente de estas Condiciones Generales.

Artículo 35. Cláusula de Arbitraje

Todas las controversias, diferencias, disputas o reclamos que se susciten entre el Tomador, Asegurado o Acreedor en su caso y **MAPFRE | COSTA RICA** en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, su ejecución, incumplimiento, liquidación, interpretación o validez, se podrán resolver, de común acuerdo entre las partes por medio de arbitraje de conformidad con los procedimientos previstos en los reglamentos del Centro Internacional de Conciliación y Arbitraje de la Cámara Costarricense-Norteamericana de Comercio ("CICA"), a cuyas normas procesales las partes se deberán someter de forma voluntaria e incondicional. De común acuerdo las partes podrán acordar que la controversia sea conocida y resuelto por cualquier otro Centro de Arbitraje, autorizado por el Ministerio de Justicia y Gracia, para el momento de la controversia, a cuyas normas procesales deberán someterse de forma voluntaria e incondicional.

Artículo 36. Delimitación geográfica

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

Artículo 37. Impugnación de resoluciones

Le corresponde a la dependencia que emita el documento o criterio que genera la disconformidad, resolver las impugnaciones que presenten ante **MAPFRE | COSTA RICA**, los ASEGURADOS o el TOMADOR del seguro, o sus representantes, para lo cual dispondrá de un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo del documento en que se impugna el acto comercial.

Artículo 38. Legislación aplicable

En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre de 2011, o de cualquier otra legislación comercial que resultara aplicable.

Artículo 39. Registro ante la Superintendencia General de Seguros

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro N° xxxxxxxxxxxxxx de fecha xx de xxxxxxxxxxxxxx de 2012.

C-VT-26/128 – 28.06.2012

SOLICITUD DE SEGURO RECUPERACIÓN MÉDICA COLONES

FORMATO

| | |
|---------|-------------|
| CÓDIGO | C-VT-18/206 |
| EDICIÓN | 25.06.2012 |


 COTIZACIÓN

 EMISIÓN

 VARIACIÓN

N° PÓLIZA:
DATOS DEL TOMADOR

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRE COMPLETO: | | |
| RAZÓN SOCIAL: | | N° DE IDENTIFICACIÓN: | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN: | <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Institución Autónoma <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo | | | |
| RELACION CON EL ASEGURADO: | LUGAR DE NACIMIENTO (PAIS): | NACIONALIDAD: | SEXO: | INGRESO MENSUAL APROXIMADO: |
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO: | PAIS: | PROVINCIA: | CANTON: | DISTRITO: |
| | OTRAS SENAS: | | | |
| | DIRECCIÓN ELECTRONICA: | APARTADO POSTAL: | CÓDIGO APARTADO POSTAL: | |
| | NUMERO DE TELEFONO: | NUMERO DE CELULAR: | NUMERO DE FAX: | |

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRE COMPLETO: | | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN: | <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Institución Autónoma <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo | | | |
| ESTADO CIVIL: | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | NACIONALIDAD: | SEXO: | EDAD: | ESTATURA: |
| DÍA ____ MES ____ AÑO ____ | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | |
| DIRECCIÓN DE DOMICILIO: | PAIS: | PROVINCIA: | CANTON: | DISTRITO: |
| | OTRAS SENAS: | | | |
| | DIRECCIÓN ELECTRONICA: | APARTADO POSTAL: | CÓDIGO APARTADO POSTAL: | |
| | NUMERO DE TELEFONO: | NUMERO DE CELULAR: | NUMERO DE FAX: | |

DATOS DEL SEGURO

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| VIGENCIA DESDE: ____ / ____ / ____ HASTA: ____ / ____ / ____ | MODO DE PAGO <input type="checkbox"/> Cargo automático a tarjeta de Débito/Crédito (Se debe adjuntar el formulario de autorización) <input type="checkbox"/> Deducción de Cuenta Bancaria del Cliente (Se debe adjuntar el formulario de autorización) <input type="checkbox"/> Directo en Caja y/o Cobro en línea <input type="checkbox"/> Depósito en cuentas de Mapfre | FORMA DE PAGO | Recargo Financiero | |
| | | | Periodicidad | Recargo Financiero |
| | | <input type="checkbox"/> Anual | No tiene | |
| | | <input type="checkbox"/> Semestral | 4% sobre prima anual | |
| | | <input type="checkbox"/> Trimestral | 6% sobre prima anual | |
| | | <input type="checkbox"/> Bimensual | 7% sobre prima anual | |
| | | <input type="checkbox"/> Mensual | 8% sobre la prima anual | |

NÚMERO DE EVENTOS ASEGURADOS:
 1 EVENTO

 2 EVENTOS

 3 EVENTOS

 4 EVENTOS

PLAN CONTRATADO:

| RIESGOS AMPARADOS | SUMAS ASEGURADAS | | | PERÍODOS DE ESPERA PARA TODOS LOS PLANES |
|----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> PLAN 1 | <input type="checkbox"/> PLAN 2 | <input type="checkbox"/> PLAN 3 | |
| APENDICITIS (APENDICECTOMIA) | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (30) DIAS |
| CANCER * | ₡1.250.000,00 | ₡1.750.000,00 | ₡2.500.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| DIVERTICULOS DEL COLON | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ** | ₡1.250.000,00 | ₡1.750.000,00 | ₡2.500.000,00 | TREINTA (30) DIAS |
| EXTIRPACION QUIRURGICA DE OVARIOS | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| HERNIA ABDOMINAL | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| HERNIA INGUINAL | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| HISTERECTOMIA | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| INFARTO AL MIOCARDIO | ₡1.250.000,00 | ₡1.750.000,00 | ₡2.500.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| LITIASIS RENAL | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (30) DIAS |
| LITIASIS VESICULAR | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| NEUMONIA | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (30) DIAS |
| PANCREATITIS AGUDA | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (30) DIAS |
| TUMORES BENIGNOS *** | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| ULCERA DUODENAL | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |
| ULCERA GASTRICA | ₡750.000,00 | ₡1.000.000,00 | ₡1.250.000,00 | TREINTA (90) DIAS |

* Excepto cáncer de piel en cualquiera de sus estadios ni el cáncer cérvico uterino en la etapa I (in situ)

** Excepto crisis de isquemia transitoria

*** Excepto cualquier tumor benigno en piel, tejido subcutáneo y/o mama.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Según Artículo 10 de la Normativa para el cumplimiento de la Ley 8204)

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|
| NOMBRE COMPLETO: | | N° DE IDENTIFICACIÓN: | |
| NACIONALIDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| DIRECCIÓN EXACTA: | | | |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: | | NÚMERO DE TELÉFONO: | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: | | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: | |
| NOMBRE COMPLETO: | | N° DE IDENTIFICACIÓN: | |
| NACIONALIDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| DIRECCIÓN EXACTA: | | | |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: | | NÚMERO DE TELÉFONO: | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: | | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: | |
| NOMBRE COMPLETO: | | N° DE IDENTIFICACIÓN: | |
| NACIONALIDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| DIRECCIÓN EXACTA: | | | |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: | | NÚMERO DE TELÉFONO: | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: | | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: | |
| NOMBRE COMPLETO: | | N° DE IDENTIFICACIÓN: | |
| NACIONALIDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| DIRECCIÓN EXACTA: | | | |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: | | NÚMERO DE TELÉFONO: | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: | | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: | |
| NOMBRE COMPLETO: | | N° DE IDENTIFICACIÓN: | |
| NACIONALIDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS): | SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| DIRECCIÓN EXACTA: | | | |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: | | NÚMERO DE TELÉFONO: | NÚMERO DE FAX: |
| RELACIÓN CON EL ASEGURADO: | | MONTO O PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: | |

“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.”

| CUESTIONARIO DE SELECCIÓN | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Padeció y/o padece de enfermedades del aparato digestivo como: gastritis, vesícula y vías biliares, hígado, intestinales, pancreatitis, úlceras, divertículos del colon? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció y/o padece de enfermedades del aparato respiratorio como: asma bronquial, bronquitis crónica, neumonía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció y/o padece de enfermedades del corazón, afección de las arterias coronarias, infarto al miocardio y/o colesterol elevado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido y/o tiene varices en miembros inferiores? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido y/o tiene tensión arterial alta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció y/o padece de hernias de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció y/o padece de enfermedades de senos, útero y/o ovarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció y/o padece de enfermedades renales y/o urinarias como: sangre en la orina, litiasis renal, ardor o urgencia al orinar, próstata, de la vejiga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Padeció y/o padece de cáncer o tumores de cualquier clase? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Para respuestas afirmativas, indicar nombre de la enfermedad, fecha en que ocurrió, el tratamiento al que se sometió, secuelas, estado actual de la enfermedad o padecimiento:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |





Indique nombre completo, domicilio y teléfono del médico que acostumbra consultar y hospital o clínica que visita usualmente:

Médico:

Hospital, clínica o centro médico:

Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguro y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO ESCRITA O DICTADA POR MÍ DE ACUERDO CON MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y QUE LA MISMA ES LA BASE PARA QUE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. EMITA LA COBERTURA DE SEGURO SOLICITADA. ASIMISMO, LIBERO A MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. DE TODA RESPONSABILIDAD SOBRE LA COBERTURA OTORGADA, EN CASO DE OMISIONES O DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS SOBRE HECHOS CONOCIDOS POR MÍ, QUE DE HABER SIDO DEBIDAMENTE CONOCIDOS POR MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., HUBIERAN PODIDO INFLUIR DE MODO DETERMINANTE PARA QUE LA COBERTURA SOLICITADA NO SE SUSCRIBIERA, O SE HUBIERE SUSCRITO EN CONDICIONES DISTINTAS.

A PEDIDO DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. Y POR ESPACIO DE TRES MESES A PARTIR DE ESTA FECHA, AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAN EXAMINADO, A LOS HOSPITALES Y A CUALQUIER CENTRO DE SALUD EN COSTA RICA, QUE LE SUMINISTREN INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE LOS REGISTROS MÉDICOS RELACIONADOS CON MI PERSONA, INCLUIDA LA ENTREGA DE COPIA DE LOS MISMOS. DICHA INFORMACIÓN ÚNICAMENTE PODRÁ SER SOLICITADA Y PROPORCIONADA A FUNCIONARIOS DEBIDAMENTE ACREDITADOS POR MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. PARA DICHO PROPÓSITO.

LA AUTORIZACION A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR ES EXTENSIVA EN CASO DE RECLAMO DE DERECHOS POR CAUSA DE MUERTE DE ESTE SOLICITANTE, POR UN PLAZO ADICIONAL DE TRES MESES A PARTIR DE LA FECHA DEL AVISO DE SINIESTRO, Y ÚNICAMENTE PODRÁ HACERSE EFECTIVA SI EL PERIODO DE CARENCIA DE LA PÓLIZA YA HA SIDO SUPERADO.

QUEDA DEBIDAMENTE ENTENDIDO Y ACEPTADO POR PARTE DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A., QUE EL USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA CON MOTIVO DE ESTA AUTORIZACIÓN, ESTÁ CIRCUNSCRITO EstrictAMENTE AL PROCESO DE ANÁLISIS PARA EL TRÁMITE POSTERIOR DE RECLAMACIONES DE DERECHOS. POR TANTO, ÚNICAMENTE PODRÁ SER RECOPIADA, CONSULTADA Y UTILIZADA POR SUSCRIPTORES DE RIESGOS O ANALISTAS DE RECLAMOS DE MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A.

EN RAZÓN DE SU NATURALEZA, MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA DEBERÁ GARANTIZAR LA DEBIDA CUSTODIA, CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA Y EL BUEN USO DE ESTA INFORMACIÓN.

SI LA COBERTURA DE SEGURO NO FUERE OTORGADA, DENTRO DE LOS 10 DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA DECLARATORIA DE LA NEGATIVA, MAPFRE | SEGUROS COSTA RICA S.A. SE OBLIGA A DEVOLVERME TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA. LA DEVOLUCIÓN SE REALIZARÁ MEDIANTE CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO AL DOMICILIO QUE CONSTE EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

LO DISPUESTO EN LA PRESENTE CLÁUSULA SE REGIRÁ POR LAS DISPOSICIONES APLICABLES DE LA LEY REGULADORA DEL CONTRATO DE SEGUROS, LA LEY REGULADORA DEL MERCADO DE SEGUROS Y LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA PERSONA FRENTE AL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE: _____, IDENTIFICACIÓN N°: _____

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número xxxxxxxxxxxxxxxx de fecha xx de xxxxxxxxxxxx de 2012.

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------|------------------------------|--------------------------|--------|
| N° DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: | FIRMA: | LUGAR: _____ FECHA: _____ | | |
| USO EXCLUSIVO DE MAPFRE COSTA RICA | TRAMITADO POR | FECHA | ACEPTADO/AUTORIZADO POR: | FECHA: |

