

**PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD INDIVIDUAL (DÓLARES)
CONDICIONES GENERALES**

-ÍNDICE-

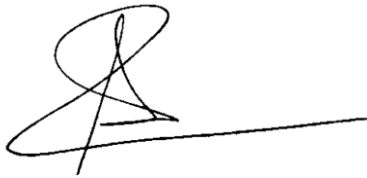
I. DEFINICIONES	1
II. CONTRATO PÓLIZA	4
A. Conformación de la Póliza	4
B. Orden de Prelación de los Documentos	4
III. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	4
A. Cobertura Básica	4
B. Planes de Coberturas Adicionales (opcionales)	5
C. Exclusiones	5
D. Limitaciones o restricciones de las coberturas	9
IV. CLÁUSULAS GENERALES	9
A. Designación de los Beneficiarios	9
B. Obligaciones de los Asegurados y de los beneficiarios	9
1. Obligaciones de los Asegurados	9
2. Obligaciones de los Beneficiarios	10
C. De la Prima	10
1. Pago de la Prima	10
2. Periodo de Gracia	10
3. Modificación de la Póliza	11
4. Recargos de la Prima	11
D. Procedimiento de Notificación y atención de Siniestros	12
1. Aviso del Siniestro	12
2. Reclamante Sustituto	13
3. Pago de Indemnizaciones	14
4. Revisión de Reclamos	14
5. Subrogación	14
6. Pérdida del derecho a recibir la indemnización	15
E. Vigencia y Posibilidad de Prórroga	15
1. Vigencia	15
2. Prórroga de la Póliza	15

F. Condiciones Varias	15
1. Modificaciones	15
2. Terminación del Seguro	16
3. Derecho de Retracto	16
4. Rehabilitación	16
5. Declaraciones falsas e inexactas	16
6. Elegibilidad de los Asegurados	17
7. Moneda	18
8. Prescripción	18
9. Indisputabilidad	18
10. Valoración	18
11. Rectificación	18
12. Confidencialidad	18
13. Solución de Controversias	19
14. Comunicaciones	19
15. Jurisdicción y Competencia	19

ANEXOS

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
MODALIDAD INDIVIDUAL (DÓLARES)

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en esta Póliza.



Alfredo J. Ramírez
Gerente General
Cédula de residencia 184001076310

I. DEFINICIONES

Accidente: Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Anexo: Documento que es parte integral de las condiciones generales de la póliza, el cual incluye la descripción y las cláusulas relacionadas con las coberturas opcionales que contrate el Contratante.

Asegurado: Es la persona física sobre la cual recaen los riesgos objeto de cobertura por este seguro.

Asegurado Principal: Es el solicitante que completa y firma la solicitud de Seguro de Salud y para quien se ha aprobado y emitido una Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la Póliza y puede recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza, así como el reembolso de la Prima no devengada en el caso de que solicite la cancelación de la Póliza.

Beneficiario: Es la persona que recibe el pago de la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado.

Certificación Médica: Documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la Reclamación de un Siniestro.

Contratante: Es la persona física o jurídica que contrata el seguro con la Compañía de Seguros y está obligado a pagar la prima. La figura del Contratante puede coincidir o no en la misma persona del Asegurado Principal; en caso de no coincidir, se entiende que es un seguro tomado por cuenta de un tercero.

Cuadro de Beneficios: Es el documento en el cual se incluyen todas aquellas cláusulas particulares del contrato de seguro. En el Cuadro de Beneficios se incluye la identificación de la póliza y la vigencia, información que identifica al Contratante, sus medios de contacto, características del interés asegurado, las Condiciones Generales modificadas, el monto de la prima y la forma de pago, los medios de comunicación, los riesgos cubiertos y cualquier otra información relevante.

Dependientes Elegibles: Serán el cónyuge legítimo o compañero permanente del Asegurado Principal registrado en la Compañía y los hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente, cuyas edades sean entre los diez (10) días de nacido y los diecinueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años de edad si son solteros y estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una Universidad en el país de residencia del Asegurado principal, y dependen económicamente del mismo para su ayuda y mantenimiento.

Diagnóstico: Dictamen sobre un padecimiento o condición que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos tales como evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente idóneo. Todas las enfermedades que existan simultáneamente, debidas a la misma causa o a otra relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad.

Enfermedad Preexistente: Es aquel padecimiento, lesión, dolencia y/o enfermedad:

- a. Cuya existencia se haya informado al Asegurado de previo a la Fecha de Vigencia de la Cobertura o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un Diagnóstico comunicado al Asegurado y efectuado por un Médico mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o
- b. Para el cual el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de previo a la Fecha de Vigencia de la Cobertura.

Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza: Es la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza. Todos los vencimientos, renovaciones, rehabilitaciones o aniversarios de la Póliza se calcularán a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza. La Póliza será efectiva a las 00:00 horas de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza y no en la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

Médico: Es aquella persona que posee Licencia Legal vigente para ejercer la medicina y/o cirugía y que no sea el Asegurado, ni ningún miembro de la familia del Asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

Perito Médico: Médico Especialista certificado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate.

Periodo de Gracia: Plazo de treinta (30) días naturales a partir del día de vencimiento del plazo de la Póliza, durante el cual la cobertura continúa vigente provisionalmente aunque el Contratante no haya pagado la Prima de renovación correspondiente.

Plan de Coberturas Adicionales: Grupo de coberturas adicionales que se contrata junto con la cobertura básica de la Póliza.

Póliza: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre el Contratante y la Compañía. Está constituida por estas Condiciones Generales, el Cuadro de Beneficios, las Solicitudes de Seguro y los formularios suscritos por los Asegurados. En la póliza se establecen los derechos y obligaciones del Contratante y/o Asegurado y de la Compañía.

Prima: Es la suma de dinero que el Contratante debe abonar a la Compañía como pago del servicio contratado para que ésta atienda la cobertura de los riesgos asegurados.

Prueba de Asegurabilidad: Es el detalle de enfermedades, condiciones y tratamientos médicos realizados durante la vida del asegurado propuesto, así como los exámenes médicos y pruebas de diagnóstico requeridos para ser elegible para el seguro.

Reclamante Sustituto: Persona física autorizada por el Asegurado para gestionar la Reclamación de Siniestro, en caso de que el Asegurado se encuentre imposibilitado para hacerlo personalmente, en virtud de su estado de salud.

Seguro: Se refiere al beneficio provisto por la Póliza, descrito en estas Condiciones Generales y reflejado en el Cuadro de Beneficios.

Vigencia: Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, se inicia en la fecha estipulada en la carátula de esta póliza y continúa durante el plazo del seguro establecido, siempre que la prima bajo el plan de pago de primas sea pagada de acuerdo a lo pactado, y que el presente contrato no haya finalizado por ninguna de las causas establecidas en el mismo.

II. CONTRATO PÓLIZA

A. Conformación de la Póliza: La presente Póliza es un contrato de adhesión y está constituida por este contrato de seguro y sus condiciones generales y sus Anexos, el Cuadro de Beneficios (condiciones particulares), los formularios suscritos por el Contratante y/o Asegurado, cualquier addenda y demás documentos mencionados en este contrato en donde se establezcan los derechos y obligaciones de las partes.

B. Orden de prelación de los documentos: Las addenda tienen prelación sobre las Condiciones Particulares, las cuales tienen prelación sobre las condiciones especiales; las condiciones especiales tienen prelación sobre las Condiciones Generales, las cuales tienen prelación sobre la Solicitud de Seguro y cualesquiera otros formularios o documentos suscritos por el Asegurado y/o Contratante.

III. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

A. Cobertura Básica: La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en el Cuadro de Beneficios, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un Accidente.

Se entenderá como fallecimiento aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el Accidente.

B. Planes de Coberturas Adicionales (opcionales): Los siguientes Planes de Coberturas Adicionales pueden ser contratados de forma opcional por el Contratante y/o Asegurado:

PLAN VIDA PROTEGIDA	PLAN EJECUTIVO VIP	PLAN ENFERMEDADES GRAVES
<p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE RENTA POR CONVALECENCIA POR ACCIDENTE</p>	<p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE RENTA POR CONVALECENCIA POR ACCIDENTE</p> <p align="center">BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS Y REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE RENTA POR CONVALECENCIA POR ACCIDENTE</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE O ACUÁTICO).</p> <p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULO PRIVADO EN CALIDAD DE PASAJERO O CHOFER (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO)</p>	<p align="center">COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE ENFERMEDADES GRAVES</p>

-Cada una de las coberturas adicionales serán descritas en los Anexos de la póliza.

-Los Planes de Coberturas Adicionales Vida Protegida y Ejecutivo VIP no se podrán contratar de forma conjunta.

C. Exclusiones: Las Coberturas de esta Póliza no surtirán efecto cuando la causa que da origen al evento se encuentre entre las listadas a continuación:

1) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.

2) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

- 3) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.**
- 4) Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.**
- 5) Prestación de servicios del Asegurado en la Fuerza Pública o funciones policiales de cualquier tipo.**
- 6) Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro, salvo que el Contratante y/o asegurado haya notificado por escrito de la nueva actividad u oficio durante la vigencia a la Compañía y que ésta haya aceptado por escrito el nuevo riesgo. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas deltas, salto bungee, equitación, rodeo, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.**
- 7) Encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.**
- 8) Desempeñarse el Asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía de Seguros.**
- 9) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.**
- 10) Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el ente regulador correspondiente.**
- 11) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.**
- 12) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. Esta exclusión no se aplica a la cobertura adicional opcional de Renta Diaria por**

Hospitalización a Causa de Accidente o Enfermedad con o sin Convalecencia de estas Condiciones Generales.

- 13) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- 14) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.**
- 15) Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.**
- 16) Exámenes médicos de rutina.**
- 17) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado se encuentre amparado por la póliza.**
- 18) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.**
- 19) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.**
- 20) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el Asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:**
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Copia de dicha definición está archivada en las oficinas principales de la Compañía de Seguros en San José, Costa Rica.**
 - "Infección Oportunística" incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por Pneumocystis Carinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.**
 - "Neoplasma Maligno" incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.**

- **“Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).**

21) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.

22) Enfermedades, lesiones o condiciones médicas preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura.

23) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.

24) Todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como “obesidad mórbida”, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Copia de éstos se encuentran archivados en las oficinas principales de la Compañía de Seguros en San José, Costa Rica.

25) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.

26) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.

27) Epidemias oficialmente declaradas.

28) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un Beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.

29) Cualquier Accidente o secuela de éste cuya ocurrencia sea anterior a la Fecha de Vigencia de la Cobertura;

30) Cualquier enfermedad pre-existente al momento de aceptación del riesgo por parte de la Compañía, aunque no haya sido previamente declarada en la solicitud, si el fallecimiento ocurre antes del vencimiento del período de disputabilidad;

D. Límites o restricciones a las coberturas: Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún Accidente, la Compañía de Seguros deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas adicionales opcionales, en caso de haber sido contratadas.

IV. CLAUSULAS GENERALES

A. Designación de los Beneficiarios: Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado Principal. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en el Cuadro de Beneficios.

Si designare a dos o más Beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. Si no designa a una persona determinada, se entenderá que instituye como Beneficiarios a los herederos legales del Asegurado, y la distribución será realizada conforme lo establece la legislación costarricense una vez firme la declaratoria de herederos sea en sede judicial o en sede notarial.

El Asegurado podrá cambiar de Beneficiario cuando lo estime conveniente. A tal efecto, deberá dar aviso a la Compañía de Seguros por escrito.

La Compañía de Seguros pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

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.

B. Obligaciones de los Asegurados y de los Beneficiarios:

1. Obligaciones de los Asegurados: Son obligaciones de los Asegurados declarar verazmente en los formularios relacionados con la Póliza y pagar la prima en los términos de la Póliza. En caso de incumplir con estas obligaciones la Compañía podrá terminar la Póliza de conformidad con la cláusula **IV.F.2. Terminación del Seguro.**

Igualmente es obligación de los Asegurados dar el aviso de siniestro a la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes al accidente, y, en los procesos de reclamo, deberá presentar todos aquellos requisitos requeridos por la póliza. En caso de incumplir con la presentación de los requisitos para el trámite de reclamación, la Compañía quedará exenta de la obligación del pago del beneficio.

2. Obligaciones de los Beneficiarios: Los beneficiarios deberán presentar los requisitos requeridos por la póliza a la hora de solicitar el beneficio que les corresponda cuando ocurra el siniestro. En caso de incumplimiento a la hora de aportar los requisitos indicados en esta póliza, la Compañía no procederá con el análisis del reclamo hasta tanto no se completen los requisitos.

C. De la Prima:

1. Pago de la Prima: El Asegurado pagará por adelantado la prima correspondiente para la emisión y renovaciones posteriores de la Póliza.

Las partes podrán acordar el pago fraccionado de las primas, sea en forma mensual o semestral. En caso de siniestro, cuando el pago de la prima sea fraccionado, la Compañía tendrá derecho a exigir el pago del saldo de la prima anual de previo al reembolso.

Mediante petición escrita, en cada aniversario de la póliza, el Asegurado puede solicitar modificación en la frecuencia de pago de la Prima, con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigencia más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

El pago de todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente póliza será responsabilidad del Contratante y/o Asegurado.

2. Periodo de Gracia: A partir de cualquier Fecha de Vencimiento de la Póliza, excepto en la primera, el Asegurado y/o Contratante gozará de un Período de Gracia de treinta (30) días naturales para pagar la Prima pactada. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del período de gracia, la Compañía podrá tomar una de las dos siguientes acciones:

a) Dar por terminado el contrato, quedando liberada la Compañía de cualquier obligación en caso de ocurrir cualquier siniestro ocurrido a partir de que se inició la mora, para lo cual deberá notificar su decisión al Asegurado y/o Contratante, dentro del plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se incurrió en mora; o,

b) Mantener vigente el contrato y cobrar la prima en la vía ejecutiva, más el interés legal o pactado, en cuyo caso, la Compañía será responsable por los siniestros que ocurran mientras el Asegurado y/o Contratante 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 Contratante, dentro del plazo de cinco días hábiles siguientes a la fecha de caducidad.

Se entenderá que la Compañía 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.

La Compañía deberá informar oportunamente su decisión al Asegurado y/o Contratante cualquiera que ella sea.

3. Modificación de la Prima: La Compañía se reserva el derecho, en cualquier aniversario de la Póliza, de modificar el monto de la Prima, para lo cual dará aviso al Asegurado y/o Contratante con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la Póliza, con el fin de que éste manifieste su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo.

En caso de que el Asegurado conozca hechos o circunstancias, presentes o inminentes, que provoquen la agravación de los riesgos cubiertos por esta Póliza, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía con al menos diez (10) días hábiles de anticipación al hecho, de ser éste previsible, o dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a entrar en conocimiento de su ocurrencia, en caso de que la agravación no dependa de la voluntad del asegurado.

En todo caso, si por cualquier hecho o circunstancia comunicados o no a la Compañía, ésta determina que los riesgos cubiertos por esta Póliza se han agravado, deberá comunicar al Asegurado el ajuste de prima correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a haber entrado en conocimiento de dicho hecho o circunstancia. El Asegurado contará con diez (10) días hábiles para manifestar por escrito su conformidad con la nueva prima. En caso de no estar conforme, o no efectuar manifestación alguna, la Compañía podrá rescindir y dar por terminada esta Póliza.

En caso de que la agravación del riesgo fuera tal que, de haber existido o haberse conocido al momento de aceptación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía, ésta no hubiese emitido la Póliza, la Compañía podrá rescindirla y darla por terminada previa comunicación escrita al Asegurado con al menos diez (10) días hábiles de anticipación.

4. Recargos a la prima:

a) Recargos por pago fraccionado de la prima: En cualquier aniversario de la Póliza, el Asegurado Principal puede optar por el pago fraccionado de la Prima anual total mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales. Los siguientes son los porcentajes de recargo a aplicar a la prima anual por su fraccionamiento:

Anual	0%
Semestral	2%
Trimestral	8%
Mensual	8%

Las Primas convenidas para pagos trimestrales, semestrales y anuales podrán ser pagadas a través de cualquier medio que sea utilizado y aceptado por los bancos del Sistema Bancario Nacional, incluyendo: pago mediante cheque, cargo a tarjeta de crédito o débito y depósito o transferencia bancaria. Las Primas convenidas para pagos mensuales únicamente podrán ser pagadas mediante cargo a tarjeta de crédito. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Los errores bancarios o de cualquier otra naturaleza, no imputables a la Compañía, que eviten la correcta acreditación del pago de la Prima correspondiente, no eximirán al Asegurado de su obligación de pago de la misma dentro del plazo establecido en estas Condiciones Generales.

b) Recargos por análisis de experiencia siniestral: Anualmente La Compañía hará una revisión de la experiencia siniestral de la cartera de pólizas del Seguro de Accidentes Personales (Dólares), con el fin de establecer las bases de ajuste general a las primas de prórroga de los contratos vigentes.

D. Procedimiento de notificación y atención de reclamos por siniestros:

1. Aviso de Siniestro: El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer un Reclamo bajo esta Póliza, debe darse por escrito a la Compañía en sus oficinas ubicadas en San José, Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial FORUM, Torre I, segundo piso, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que el Asegurado conozca su ocurrencia.

La notificación que haga el Asegurado o el Reclamante Sustituto, según sea el caso, mediante la cual proporcione a la Compañía suficiente información para identificar al Asegurado, tal como el nombre del Asegurado y su número de identificación, será considerado como aviso de siniestro a la Compañía. La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al Asegurado o al Reclamante Sustituto, según sea el caso, el correspondiente *formulario de reclamación*. Dicho formulario debidamente cumplimentado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha del siniestro, con el fin de permitirle a la Compañía el procesamiento de la reclamación correspondiente. La documentación que se deberá presentar será la siguiente:

- a) *Formulario de Reclamación* debidamente cumplimentado por el Asegurado, el Beneficiario o el Reclamante Sustituto en nombre del Asegurado, según corresponda;
- b) Copia del Acta de Defunción;
- c) Original del Certificado de Defunción con causa de la muerte emitido por Registro Civil;
- d) Copia del reporte de la autopsia;
- e) Copia del informe policial y/o del expediente judicial;

Adicionalmente la Compañía podrá solicitar y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o de terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

La Compañía de Seguros tendrá el derecho y oportunidad por medio de su representante médico en caso de muerte, de investigar las circunstancias de la muerte, examinar el cadáver y se reserva el derecho a solicitar a las autoridades competentes, y a su coste, que efectúe una autopsia. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

El Asegurado, el Beneficiario o el Reclamante Sustituto, según corresponda, deberán dar a la Compañía toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En caso de cualquier duda puede comunicarse con la Compañía al teléfono (506) 2204-6300 o al correo electrónico Servicioalclientecr@palig.com.

2. Reclamante Sustituto: Cuando se demostrare fehacientemente mediante Certificación Médica que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como Reclamante Sustituto.

El Reclamante Sustituto deberá acreditarse en el formulario de Solicitud de Seguro que para este fin le proporcionará la Compañía, teniendo el Asegurado en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar esta nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la última designación suscrita por el Asegurado de Reclamante Sustituto que haya recibido por escrito.

La designación del Reclamante Sustituto le autoriza únicamente para realizar los trámites de Indemnización, ya que el pago de las Indemnizaciones se realizará a nombre del Asegurado, por lo que se establece así que al efectuarle al Reclamante Sustituto el pago atribuible al Asegurado la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente a ese reclamo específico.

3. Pago de Indemnizaciones: Todo reembolso o pago que efectúe La Compañía podrá ser tanto en dólares de los Estados Unidos de América como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

Todos los pagos o reembolsos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de este contrato, se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San José, Santa Ana, Parque Empresarial Forum 1, Torre I, segundo piso.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujeto a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido la documentación completa requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la Compañía lo comunicará por escrito por una única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer pago de la indemnización.

En caso de que el Asegurado cuente con la cobertura de otra u otras pólizas de seguro, la indemnización combinada de todas las pólizas no podrá exceder el 100% del monto total del Gasto Cubierto, y los beneficios provenientes de esta Póliza serán pagados en forma proporcional al monto total asegurado por todas ellas.

4. Revisión de reclamos: Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con la legislación costarricense.

Quedan a salvo en caso de desacuerdo las acciones administrativas que correspondan ante el órgano que la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica cree al efecto.

5. Subrogación: El Asegurado Principal transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Principal y/o a cualquiera de sus Asegurados Dependientes por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este Derecho de Subrogación, la Compañía podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños, o del Asegurado Principal y/o cualquiera de sus Asegurados Dependientes, en caso de que éstos últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía de conformidad con esta Póliza, hubieren además recibido de dichos terceros el resarcimiento de los daños causados.

El Asegurado que renuncie en forma total o parcial a los derechos indemnizatorios que le correspondan en contra de un tercero, sin el consentimiento de la Compañía, perderá el derecho de ser indemnizado por ésta. De igual forma, será responsable del pago de daños y perjuicios a favor de la Compañía el Asegurado que obstaculice o no coopere con la Compañía en el ejercicio del derecho de subrogación que se le otorga en este artículo.

6. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización: Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que los Asegurados o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, han declarado en forma falsa e/o inexacta hechos que podrían excluir o restringir dichas obligaciones. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sus beneficiarios, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

E. Vigencia y posibilidad de Prórrogas:

1. Vigencia: El Seguro provisto bajo esta Póliza tendrá vigencia de un año, prorrogable por periodos iguales, contados a partir de la Fecha de Vigencia de la Póliza, durante las veinticuatro (24) horas del día, en cualquier lugar del Mundo, siempre que la Póliza se mantenga vigente mediante el pago de las primas.

La Póliza se considerará emitida al ser recibida por el Asegurado la aceptación por parte de la Compañía y habiéndose efectuado el pago de la primera prima, y será efectiva a las 00.01 horas de la Fecha Efectiva de la Póliza, no en la fecha en que la Solicitud de Seguro fue firmada.

2. Prórroga de la Póliza: La cobertura otorgada por esta Póliza se prorroga automáticamente en forma anual con el pago de la Prima técnicamente determinada por la compañía en su fecha de vencimiento, tomando en consideración los siniestros y primas de la cartera de los últimos (24) veinticuatro meses, así como la provisión por siniestros; se establecerán ajustes sobre las tarifas de acuerdo con la relación entre siniestros y primas de cada póliza por separado. Sujeto a los términos y condiciones de este producto.

No se emitirán documentos de prórroga, ya que el pago de la Prima da constancia de la renovación y la validez de la cobertura.

F. Condiciones Varias:

1. Modificaciones: Solamente el Presidente o el Gerente General de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en una *addendum* firmado que contenga el consentimiento del Asegurado. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora,

Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea alguna de las mencionadas en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía, sino únicamente por cuenta de ésta.

2. Terminación del Seguro: La cobertura indicada en esta Póliza terminará a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a) Falta de pago de la Prima pactada al vencimiento del Período de Gracia;
- b) Fallecimiento del Asegurado;
- c) Pérdida del Asegurado de cualquiera de sus condiciones de elegibilidad, de conformidad con la cláusula **IV. F. 6. Elegibilidad de los Asegurados** de esta Póliza;
- d) Por comprobarse inexactitud o falsedad en las declaraciones del Asegurado según se establece en la cláusula **IV.F.5. Declaraciones Falsas e Inexactas** de la póliza.

Además de lo anterior, el Asegurado Principal podrá rescindir y dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en las oficinas de la Compañía, con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha en la que desea dar por terminada la Póliza. En este último caso, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos de un (25) veinticinco por ciento correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, el día de terminación de la Póliza.

3. Derecho de Retracto: El Asegurado Principal puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de treinta (30) días naturales después de haber sido notificado de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará nula e inválida, como si nunca hubiese sido emitida.

El reembolso será por la porción no devengada de la Prima si la Póliza es cancelada por el Asegurado Principal después del plazo indicado en el párrafo anterior, o en caso de fallecimiento del Asegurado Principal. La porción no devengada de la Prima se calcula con base en el número de días que el Asegurado no esté cubierto por la Póliza. El número de días se determina desde la fecha efectiva de la cancelación de la Póliza hasta su siguiente Fecha de Vencimiento.

4. Rehabilitación: No obstante lo dispuesto por la Cláusula de Terminación de la Póliza, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, el Asegurado y/o Contratante podrá rehabilitarla pagando la Prima adeudada, siempre que no hayan transcurrido más de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha de la terminación. En este caso, sólo se cubrirán aquellas pérdidas que resulten de un siniestro ocurrido a partir de la fecha de su rehabilitación, considerando siempre lo estipulado en la cláusula de **III.C. Exclusiones** de esta Póliza.

5. Declaraciones Falsas e Inexactas: Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado Principal y los Asegurados Dependientes en las solicitudes o reclamos correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o

verbal por los Asegurados, el Reclamante Sustituto o los Beneficiarios fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si la información falsa o reticente hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el contrato conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el contrato devolviendo al Asegurado la prima no devengada al momento de dicha rescisión.

Cualquier información falsa, reticente o errónea suministrada sin dolo a la Compañía deviene indisputable una vez transcurridos dos años desde la Fecha Efectiva de la Póliza, y no podrá ser alegada por la Compañía como causal para dar por terminado el contrato o ajustar la Póliza.

En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sus sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

6. Elegibilidad de los Asegurados:

-Será elegible como **Asegurado Principal** de esta Póliza aquella persona física de cualquier género, residente legalmente en Costa Rica, que tenga al menos dieciocho (18) años de edad.

-Los **Dependientes Elegibles** serán el cónyuge legítimo o compañero permanente registrado en la Compañía y los hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente, cuyas edades sean entre los diez (10) días de nacido y los diecinueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años de edad si son solteros y estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una Universidad en el país de residencia del Asegurado principal, y dependan económicamente del mismo para su ayuda y mantenimiento. La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas médicas adicionales, incluyendo exámenes, laboratorios, radiografías, que estime necesarias para verificar las

condiciones de elegibilidad de dichos estudiantes, así como constancias de inscripción, constancias de pago matrícula, carné de estudiante al día, constancia de nacimiento (edad), entre otros.

7. Moneda: Los valores de este contrato, tanto los beneficios de cobertura o indemnizaciones así como las primas se expresan en dólares de los Estados Unidos de América. Sin embargo, los pagos correspondientes a los reembolsos o indemnizaciones, así como a las primas de esta Póliza, podrán efectuarse tanto en dólares de los Estados Unidos de América, como en colones costarricenses al tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día del pago.

8. Prescripción: Cumpliéndose el plazo de cuatro (4) años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Asegurado, a menos que estuviere en trámite una reclamación o proceso judicial relacionados con la misma.

9. Indisputabilidad: Una vez transcurrido el plazo de un año a partir del perfeccionamiento del presente contrato, salvo cuando la persona Asegurada hubiera actuado con dolo, el asegurador no podrá disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas.

También existirá indisputabilidad cuando una enfermedad preexistente no manifestada al perfeccionarse el contrato se manifieste después del período de disputabilidad.

10. Valoración: Las partes podrán convenir que se practique una valoración o tasación si hubiera desacuerdo respecto del valor o el monto de la pérdida, al momento de ocurrir el siniestro. La valoración podrá efectuarse por un perito nombrado de mutuo acuerdo por ambas partes que deberá presentar su informe en un máximo de treinta (30) días naturales. Los honorarios del perito los asumirán las partes en igual proporción.

En caso de no haber interés o no existir acuerdo respecto de la realización de la valoración, se procederá de conformidad con los derechos que otorga la legislación costarricense o de conformidad con la cláusula **IV.F.13. Solución de Controversias**.

11. Rectificación: Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Contratante o los Asegurados tendrán 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 de la persona asegurada de solicitar la rectificación de la póliza.

12. Confidencialidad: La información de carácter confidencial que los Asegurados brinden a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación

con la Póliza, deberá tratarse como tal. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio a los Asegurados deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

13. Solución de Controversias: Las partes podrán acordar la posibilidad de resolver toda controversia relacionada con ésta póliza mediante cualquiera de los medios alternos de solución de controversias (mediación, conciliación y/o arbitraje) establecidos en la Ley N° 7727, del 9 de diciembre de 1997, de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social RAC.

14. Comunicaciones: Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado, deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en San José, Pozos de Santa Ana, Parque Empresarial FORUM, Torre I, segundo piso. Las comunicaciones que la Compañía dirija al Contratante y/o Asegurado serán notificadas por los medios y en las direcciones consignadas en su Solicitud Individual.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

15. Jurisdicción y Competencia: El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de Costa Rica.

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 P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

ANEXO A COBERTURA ADICIONAL DE DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. MIEMBRO

Cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

b. PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL

La ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

c. PÉRDIDA PARCIAL

La eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

d. PÉRDIDA TOTAL

Aquella pérdida referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

II. COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización cuando producto de un Accidente la lesión no ocasione el fallecimiento del Asegurado, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días naturales contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en el Cuadro de Beneficios de la póliza:

100% En caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

40% Por pérdida total de un pie;

50% Por la sordera completa de ambos oídos;

25% Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% Por la sordera completa de un oído;

50% Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

50% Por la ceguera total de un ojo;

20% Por la pérdida total de un pulgar;

15% Por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

5% Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% Por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta Cobertura Adicional de Desmembramiento.

III. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales; además, para esta cobertura adicional se aplicará la exclusión que se enuncia a continuación:

- **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;**

IV. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, los siguientes requisitos:

- a.** Certificado Médico debidamente complementado por el médico tratante, informando los detalles del Diagnóstico, incluyendo la fecha así como el mecanismo del trauma causante del Accidente.
- b.** Copia del expediente médico.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

**ANEXO B
COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN
POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. INCAPACIDAD PERMANENTE EN UN 80%

Aquella incapacidad que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior al ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a los parámetros establecidos en el Código de Trabajo costarricense.

II. COBERTURA

Mediante el pago de la prima correspondiente para esta cobertura adicional opcional, y cuando como resultado de lesiones producto de un Accidente, el Asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días naturales, contados desde la fecha del accidente, en estado de Incapacidad permanente en un ochenta por ciento (80%), la Compañía de Seguros pagará el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo alguna otra cobertura adicional opcional establecida, a razón del diez por ciento anual durante un período máximo de diez (10) años mientras el Asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

La Compañía de Seguros determinará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales si se ha producido la incapacidad de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

Durante el período de evaluación del reclamo, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, el Asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta póliza.

Si procede el pago de la indemnización, la Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura adicional opcional desde la fecha de la notificación de la invalidez a la Compañía de Seguros y devolverá las primas pagadas sobre esta cobertura desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

III. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales; además, para esta cobertura adicional se aplicarán las exclusiones que se enuncian a continuación:

- **Cuando la fecha de la declaratoria de Invalidez Total y Permanente es anterior a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, o bien que al momento de producirse la inclusión en la Póliza, el Asegurado esté tramitando la declaratoria de invalidez;**
- **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, excepto actos de legítima defensa;**
- **Fallecimiento del Asegurado con anterioridad al otorgamiento del beneficio, o finalización del estado de Invalidez Total y Permanente por cualquier motivo.**

IV. ELEGIBILIDAD

Esta cobertura adicional no es aplicable para los Dependientes Elegibles.

V. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, en lugar de la documentación señalada en la cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, los siguientes requisitos:

- a) Formulario de Reclamación por Incapacidad Total y Permanente debidamente cumplimentado por el Asegurado o el Reclamante Sustituto;
- b) Expediente médico y certificado médico de la incapacidad total y permanente emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social;
- c) Fotocopia de la cédula de identidad o de residencia del Asegurado o del Reclamante Sustituto;

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

**ANEXO C
COBERTURA ADICIONAL DE
REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. DEDUCIBLE:

Es la cantidad predeterminada de dinero que por el período indicado en el Cuadro de Beneficios requiere cubrir cada asegurado antes que los beneficios otorgados bajo el plan de seguro, por concepto de Gastos Médicos Elegibles, sean reembolsables por la Compañía. El Deducible no es reembolsable bajo esta póliza. El Deducible está indicado en el Cuadro de Beneficios.

II. COBERTURA

La Compañía reembolsará al Asegurado el porcentaje de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente hasta el monto anual indicado en el Cuadro de Beneficios, siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del Accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Esta cobertura adicional contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en el Cuadro de Beneficios de la póliza, y el cual será siempre de cargo del Asegurado. Esta cobertura tendrá lugar durante las 24 horas del día, sin mediar restricciones en cuanto a residencia y viajes que se realicen por todo el mundo.

III. LÍMITES DE LA COBERTURA

DEDUCIBLE:

Es la cantidad predeterminada de dinero que por evento requiere cubrir cada Asegurado antes que los beneficios otorgados bajo el plan de seguro, por concepto de Gastos Médicos Elegibles, sean reembolsables por la Compañía. El Deducible no es reembolsable bajo esta póliza. El Deducible está indicado en el Cuadro de Beneficios.

IV. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales.

V. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la Cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a. Formulario de Reclamación debidamente lleno con los datos del Asegurado y del paciente (Asegurado Principal o Dependientes Elegibles), la información clínica completada por el médico tratante, así como sello y firma del médico tratante. Además, dicho formulario debe incluir la firma del paciente, que en caso de ser un menor de edad, deberá ser firmado por el Asegurado Principal.
- b. Documentos de pago de los gastos hospitalarios impresos originales, debidamente numerados, los mismos deben tener nombre del paciente o del Asegurado, del proveedor y cumplir los requisitos fiscales.
 - Para pago de exámenes se debe presentar adicional al formulario lleno y el documento de pago, la orden médica para el examen.
 - Para el pago de medicamentos se debe presentar adicional al formulario completado y el documento de pago, la receta del medicamento.
 - Para el pago de gastos de hospitalización, se debe presentar el formulario de hospitalización, documento de pre-autorización si es requerido de conformidad con el Cuadro de Beneficios, facturación detallada y documentos de pago.

La Compañía puede requerir la historia clínica, nota operatoria y reporte del anestesiólogo para poder pagar correctamente un reclamo.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que la ocurrencia del Evento se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

**ANEXO D
COBERTURA ADICIONAL DE
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. PERIODO DE ESPERA

Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza. El período de espera específico de cada asegurado está incluido en el Cuadro de Beneficios.

II. COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado hospitalizado a causa de accidente o enfermedad, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en el Cuadro de Beneficios, independientemente del gasto real en que haya incurrido el Asegurado. Se pagará la cantidad diaria por cada día de hospitalización y hasta el máximo de días establecidos en el Cuadro de Beneficios.

III. LÍMITES DE LA COBERTURA

Los Límites de Cobertura y Periodo de Espera del Beneficio se detallan en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares.

IV. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales.

V. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la Cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a. Formulario de Reclamación debidamente lleno con los datos del Asegurado y del paciente (Asegurado Principal o Dependientes Elegibles), la información clínica completada por el médico tratante, así como sello y firma del médico tratante. Además, dicho formulario debe incluir la firma del paciente, que en caso de ser un menor de edad, deberá ser firmado por el Asegurado Principal.
- b. Documentos de pago de los gastos hospitalarios impresos originales, debidamente numerados, los mismos deben tener nombre del paciente o del Asegurado, del proveedor y cumplir los requisitos fiscales.
 - Para el pago de gastos de hospitalización, se debe presentar el formulario de hospitalización, documento de pre-autorización si es requerido por su póliza, facturación detallada y documento de pago.

Para casos de urgencia, hospitalizaciones por enfermedad o accidente, maternidad y procedimientos quirúrgicas, la Compañía pueda requerir la historia clínica, nota operatoria y reporte del anestesiólogo para poder pagar correctamente el reclamo.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que la ocurrencia del Evento se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

**ANEXO E
BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS Y REPATRIACIÓN DE RESTOS
MORTALES EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, si como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte del Asegurado, la Compañía reembolsará los gastos funerarios a los Beneficiarios, respecto de los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado al lugar designado por el Beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura detallada en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los Beneficiarios.

II. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales.

III. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la Cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a.** Facturas originales para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

**ANEXO F
COBERTURA ADICIONAL
DE RENTA POR CONVALECENCIA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. CONVALECENCIA: Estado de la persona que recobra o recupera gradualmente el vigor y la salud después de haber padecido una enfermedad o de haberse sometido a un tratamiento médico.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

El Asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, el beneficio adicional de convalecencia, estipulándolo expresamente en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

En este caso, la Compañía pagará al Asegurado por este concepto una cantidad equivalente al 50% de la suma de las indemnizaciones diarias por accidente o enfermedad que efectivamente perciba el Asegurado por la cobertura adicional opcional de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad de esta póliza, independientemente del número de días que permanezca en convalecencia.

Esta cobertura adicional opcional, en el evento de que se contrate, se aplicará cada vez que el Asegurado se hospitalice y tenga derecho al pago de la indemnización diaria por hospitalización por Enfermedad o Accidente.

III. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la Cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a. Formulario de Reclamación debidamente lleno con los datos del Asegurado y del paciente (Asegurado Principal o Dependientes Elegibles), la información clínica completada por el médico tratante, así como sello y firma del médico tratante. Además, dicho formulario debe incluir la firma del paciente, que en caso de ser un menor de edad, deberá ser firmado por el Asegurado Principal.

- b. Documentos de pago de los gastos hospitalarios impresos originales, debidamente numerados, los mismos deben tener nombre del paciente o del Asegurado, del proveedor y cumplir los requisitos fiscales.
- Para el pago de gastos de hospitalización, se debe presentar el formulario de hospitalización, documento de pre-autorización si es requerido por su póliza, facturación detallada y documento de pago.

Para casos de urgencia, hospitalizaciones por enfermedad o accidente, maternidad y procedimientos quirúrgicas, la Compañía pueda requerir la historia clínica, nota operatoria y reporte del anesthesiólogo para poder pagar correctamente el reclamo.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

ANEXO G COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. TRANSPORTE AÉREO: Es el servicio de traslado público de pasajeros vía aérea por una aerolínea comercial con boleto pagado debidamente autorizado por una autoridad competente, con itinerario preestablecido cuyo aeropuerto de punto de destino sea superior a 100 kms. (cien kilómetros) del aeropuerto, en el entendido de que los aeropuertos deberán estar debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en cualquier tipo de Transporte Aéreo en vuelo regular.

La muerte del Asegurado deberá ocurrir, como máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el Accidente.

III. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales; además, para esta cobertura adicional se aplicarán las exclusiones que se enuncian a continuación:

- **Accidentes de aviación que sufra el asegurado cuando viaje como pasajero, piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.**
- **Accidentes ocurridos en vuelo en helicóptero, a excepción de aquellos que se realizan como complemento a un vuelo de avión de línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.**

IV. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a. Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.
- b. Parte oficial de la autoridad competente.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

ANEXO H COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO (TERRESTRE O ACUÁTICO)

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. TRANSPORTE PÚBLICO: Cualquier medio de transporte público, terrestre, marítimo, lacustre o fluvial, de uso comercial y de itinerario regular, autorizado para el transporte de pasajeros, siempre y cuando el vehículo como así también su conductor, estén debidamente habilitados por la autoridad competente para operar; por el cual el usuario deba pagar una tarifa.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada en los casos en los que un Accidente provoque la muerte directa e inmediata del Asegurado, cuando éste hubiese estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier transporte público (terrestre o acuático) como pasajero. Es condición necesaria que el transporte público tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros.

La Muerte Accidental debe ocurrir mientras el Asegurado está haciendo uso del Transporte Público en la calidad de:

- Pasajero de buses de locomoción colectiva urbana, interprovincial e internacional.
- Pasajero de Ferrocarriles.
- Pasajero de algún Medio de Transporte por Vía Acuática, siempre que éste se realice por una línea de transporte marítimo, lacustre, fluvial, legalmente establecida como tal y con una frecuencia e itinerario regular.

La muerte del Asegurado deberá ocurrir, como máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el Accidente.

III. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales; además, para esta cobertura adicional se aplicarán las exclusiones que se enuncian a continuación:

- **Accidentes ocurridos mientras el Asegurado este en calidad de conductor o pasajero de taxis, taxis colectivos, portadores, radio taxis y/o mototaxis.**
- **Los accidentes ocurridos por el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características.**
- **Los accidentes ocurridos en carreras de vehículos motorizados, ya sea en calidad de conductor o pasajero.**

IV. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a. Constancia del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.
- b. Parte oficial de la Policía de Tránsito del accidente automovilístico, o en su defecto el parte oficial del Organismo de Investigación Judicial.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

ANEXO I
COBERTURA ADICIONAL DE
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULO PRIVADO
EN CALIDAD DE PASAJERO O CHOFER (ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO)

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES

a. VEHÍCULO PRIVADO: Cualquier medio de transporte de uso particular o vehículo de alquiler terrestre, de cuatro (4) o más ruedas.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero o chofer en un Vehículo Privado y falleciere como consecuencia de un Accidente cubierto.

La Muerte Accidental debe ocurrir mientras el Asegurado está haciendo uso del transporte en calidad de:

- Conductor u Ocupante.
- También estará cubierto en caso de ser atropellado por cualquier clase de vehículo al ir como peatón en la vía pública.

La muerte del Asegurado deberá ocurrir, como máximo a los 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurrió el Accidente.

III. EXCLUSIONES

La cobertura adicional que ofrece este anexo está sujeta a las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales; además, para esta cobertura adicional se aplicarán las exclusiones que se enuncian a continuación:

- **Accidentes acaecidos en motocicletas, cuadracillos o en vehículos de menos de cuatro (4) ruedas.**

IV. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación aplicable señalada en la cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- a.** Constancia original del médico que acredite que las causas del fallecimiento derivaron de un Accidente cubierto.
- b.** Parte Parte oficial de la Policía de Tránsito del accidente automovilístico, o en su defecto el parte oficial del Organismo de Investigación Judicial.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.

**ANEXO J
COBERTURA ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO
DE PRIMERA VEZ DE ENFERMEDADES GRAVES**

Pan-American Life Insurance de Costa Rica, S.A. cédula de persona jurídica número **3-101-601884**, registrada ante la Superintendencia General de Seguros bajo la licencia **A-06** (En adelante llamada la Compañía), se compromete a cumplir con los términos y condiciones que constan en este Anexo:

I. DEFINICIONES DE ENFERMEDADES CUBIERTAS

Para todos los efectos de este Seguro se entiende por:

- a. ANGIOPLASTIA CORONARIA DE DOS O MÁS ARTERIAS:** Es un procedimiento mediante el cual, a través de un catéter, se hace llegar un pequeño balón inflable a la sección de la arteria coronaria obstruida. Este balón, al ser inflado, comprime la obstrucción contra las paredes de la arteria, abriendo paso a la sangre que circula por ella.
- b. CÁNCER:** La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo los linfomas, la leucemia y la enfermedad de Hodgkin caracterizados por crecimiento incontrolable, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales, cuando el diagnóstico es realizado por un médico oncólogo y dicho diagnóstico es confirmado histopatológicamente o mediante pruebas paraclínicas ampliamente reconocidas en la literatura médica alopática.
- c. CEGUERA:** Pérdida total, permanente e irreversible de la visión en ambos ojos, a causa de enfermedad o accidente demostrada confirmada por agudeza visual por un oftalmólogo con las ayudas diagnósticas correspondientes.
- d. CIRUGÍA DE INJERTO DE AORTA:** Es aquella que requiere de un implante de un injerto para reemplazar parte de la misma a nivel de la aorta abdominal y/o torácica.
- e. ENFERMEDAD AUTOINMUNE:** es una enfermedad causada por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo con una duración continua no inferior a 180 días., esta póliza cubre las siguientes:
 - Esclerosis Múltiple
 - Síndrome De Guillain Barre
 - Polineuropatía Crónica Desmielinizante

- Encefalitis Límbica

El diagnóstico debe ser realizado por un neurólogo y confirmado por investigaciones neurológicas (ejemplo: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central).

- f. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR:** Cualquier incidente cerebro-vascular de una duración de más de veinticuatro (24) horas, causado por la interrupción de la circulación sanguínea a una parte del cerebro, ya sea infarto del tejido cerebral, hemorragia o embolia de origen extra craneal, lesiones cerebrales causadas por traumatismo, hipoxia o reducción crítica de oxígeno; cuando se produzca daño neurológico permanente como pérdida de la memoria, el habla, parálisis de extremidades superiores e inferiores, y debe comprender la pérdida funcional de por lo menos una de ellas. **La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) meses después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.**
- g. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:** Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles, excluyendo neurosis y enfermedades psiquiátricas, que dan por resultado disminución importante del funcionamiento social y que requiere supervisión continua del asegurado. El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico especialista.
- h. ENFERMEDAD DE LA NEURONA MOTORA:** Son un grupo de trastornos neurológicos progresivos que destruyen las neuronas motoras que son las células que controlan la actividad muscular voluntaria esencial como: hablar, caminar, respirar y tragar.
- i. ENFERMEDAD DE PARKINSON:** Es un trastorno neurodegenerativo crónico del movimiento que conduce a una incapacidad progresiva, hasta llegar a alteraciones de la función cognitiva, la expresión de emociones y la función autónoma, el diagnóstico clínico debe ser inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática, todas las demás formas de la enfermedad están excluidas. **La cobertura estará condicionada a que:**
- a. No pueda controlarse con medicación;**
 - b. Muestre signos de evolución progresiva del daño;**
 - c. La evaluación de las actividades de la vida diaria confirme la inhabilidad del Asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño; salir o entrar en la cama o en una silla, comer.**
- j. ESTADO DE COMA:** Pérdida continua de la conciencia y la no reacción a estímulos externos o necesidades internas, que persistan continuamente y que requieran de soporte artificial de vida por un periodo no menor a 96 horas de duración y con consecuencias de trastorno neurológico severo de al menos 6 semanas.

- k. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:** Muerte de una porción del músculo cardiaco, como resultado del aporte sanguíneo inadecuado en la parte afectada, debidamente diagnosticado por al menos tres de los siguientes cuatro criterios:
- Historial de dolores torácicos típicos.
 - Cambios electrocardiográficos (EKG) nuevos.
 - Elevación diagnóstica de la enzima cardiaca CK-MB.
 - Elevación diagnóstica de la Troponina.
- l. INSUFICIENCIA RENAL:** Es evidenciada por un fallo funcional, crónico, e irreversible de ambos riñones, que dé inicio a una diálisis sistemática o a la realización de un trasplante renal.
- m. PARÁLISIS:** Pérdida funcional motora y sensitiva de los dos miembros completos superiores y/o inferiores como consecuencia de lesión o enfermedad. **Dicha pérdida debe ser irreversible, confirmada por un neurólogo y haberse presentado de forma continua por un período no inferior de doce (12) meses posteriores a la fecha del diagnóstico.**
- n. PÉRDIDA DE EXTREMIDADES SUPERIORES O INFERIORES:** Se define como la pérdida completa y permanente de la función de ambas piernas o ambos brazos, o un brazo y una pierna, o la amputación de ambas manos por encima de las articulaciones de la muñeca, o de ambos pies por encima de la articulación tibiotarsiana, por una enfermedad o un accidente.
- o. PÉRDIDA DEL HABLA:** Pérdida total, permanente e irreversible del habla, a causa de enfermedad o accidente confirmada por un otorrinolaringólogo con las ayudas diagnósticas correspondientes.
- p. QUEMADURA DE TERCER GRADO:** Son las que afectan las capas profundas de la piel en un 20% de la extensión de la superficie corporal medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND Y BROWDER, diagnosticada por médico especialista.
- q. REVASCULARIZACIÓN CORONARIA:** Intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias por medio de un by-pass o Puente coronario, con el fin de restaurar el flujo sanguíneo del Corazón obstruido por placas de colesterol o trombos.
- r. SORDERA:** Pérdida total, permanente e irreversible de la audición en ambos oídos, a causa de enfermedad o accidente confirmada por un otorrinolaringólogo con las ayudas diagnósticas correspondientes.

- s. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:** Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano en el organismo del Asegurado, con restablecimiento de conexiones vasculares, arteriales y venosas. Los órganos cubiertos por la presente póliza son: hígado, corazón, pulmón, riñón, páncreas y médula ósea. Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el Asegurado notifique previamente y por escrito a la Compañía el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice.

II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La Compañía pagará una única vez al Asegurado o sus beneficiarios el valor indicado en el Cuadro de Beneficios, cuando transcurridos noventa (90) días a partir de la fecha de inicio de la Vigencia de la Cobertura de esta póliza, al Asegurado se le diagnostique por primera vez alguna de las enfermedades seleccionadas del listado de enfermedades graves enunciado a continuación y contratadas por éste, indicadas en el Cuadro de Beneficios.

1. CÁNCER,
2. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO,
3. REVASCULARIZACIÓN CORONARIA,
4. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR,
5. INSUFICIENCIA RENAL,
6. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES,
7. ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ESCLEROSIS MÚLTIPLE, SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE, POLINEUROPATIA CRÓNICA DESMIELINIZANTE Y ENCEFALITIS LÍMBICA),
8. ESTADO DE COMA,
9. ENFERMEDADES DE LA NEURONA MOTORA,
10. PÁRKINSON,
11. ALZHÉIMER,
12. ANGIOPLASTIA CORONARIA DE DOS O MÁS ARTERIAS,
13. CIRUGÍA DE INJERTO DE AORTA,
14. PARÁLISIS,
15. CEGUERA,
16. SORDERA,
17. PÉRDIDA DE EXTREMIDADES,
18. PÉRDIDA DEL HABLA,
19. QUEMADURAS DE TERCER GRADO

De conformidad con las definiciones de esta póliza, siempre que el Asegurado sobreviviere a los primeros treinta (30) días naturales desde la fecha del diagnóstico. El pago se hará de conformidad con los términos y condiciones de la póliza, una vez se reciban las pruebas correspondientes.

El diagnóstico debe ser realizado por primera vez, por un médico legalmente facultado para ejercer la medicina, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas o de laboratorio

III. EXCLUSIONES

- **Al momento de hacer la solicitud de seguro el asegurado se le ha diagnosticado, o ha padecido, padece, o se encuentra en tratamiento, o está siendo objeto de estudio médico por causa de cualquiera de las enfermedades amparadas.**
- **Tratándose de padecimientos anteriores esta exclusión enunciada en el literal 1) no tendrá aplicación cuando la nueva enfermedad sea completamente independiente de la enfermedad diagnosticada o padecida en el pasado y por lo tanto no se relacione en absoluto con aquella.**
- **Enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas.**
- **Suicidio, tentativa de suicidio, o lesiones causadas a si mismo ya sea en estado de conciencia o inconciencia.**
- **Adicción al alcohol o a sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o psíquica.**
- **Cuando el diagnóstico se de después de fallecida la persona asegurada.**
- **Cuando el diagnóstico de una de las enfermedades amparadas se realice durante los primeros noventa (90) días de vigencia del amparo individual.**
- **Diagnóstico de alguna enfermedad grave amparada, cuando sea realizado por algún familiar del asegurado o que resida en la misma casa del asegurado sea o no médico o profesional en alguna rama relacionada con la salud.**
- **Los eventos a consecuencia de enfermedad mental.**
- **La enfermedad grave se produzca como consecuencia de condiciones preexistentes o directa o indirectamente como consecuencia de virus de**

inmunodeficiencia humana (vih) o infecciones asociadas, incluyendo pero no limitadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirido (sida).

- **Se excluye la angina de pecho estable o inestable.**
- **Se excluye la angioplastia de una arteria, colocación de stent o cualquier procedimiento intra arterial y otras técnicas no quirúrgicas.**
- **Para insuficiencia renal se excluye además la enfermedad cuando está en etapa de compensación o insuficiencia renal sin diálisis regular o transplante.**
- **Para cáncer además se excluye:**
 - **Tumores característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical clasificaciones nic, nic 1, nic 2, nic 3 y pap 1 a 4, y aquellos tumores considerados por histología como pre malignos.**
 - **Melanomas con estudio tumoral i o ii de la clasificación tnm diagnosticados mediante examen histológico, o melanomas de la clasificación de clark niveles de invasión 1 y 2.**
 - **Hiperqueratosis y carcinomas baso celulares de la piel.**
 - **Carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando haya diseminación hacia otros órganos.**
 - **Sarcoma de kaposi y cualquier otro tumor si el asegurado tiene vih positivo o se le ha diagnosticado sida.**
 - **Cáncer de próstata que histológicamente sea descrito como t1(a) y t1 (b) del sistema tnm, o cualquier otra clasificación equivalente o menor.**
 - **Leucemia linfocítica crónica excepto cuando exista gran conteo de zap-70 y cd38.**
- **Para transplantes de órganos vitales además se excluye:**
 - **Procedimientos experimentales o de investigación.**
 - **La aseguradora pagará de forma irrevocable al contratante de la póliza.**
 - **Transplantes de fracciones o partes del órgano por lo que en caso de páncreas se excluye el transplante de islotes de Langerhans.**
 - **El transplante antólogo.**
- **Para enfermedad cerebrovascular además se excluye:**

- **Las isquemias cerebrales transitorias.**
- **Migrañas, lesiones cerebrales causadas por traumatismos o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o nervio óptico.**

- **Para alzheimer además se excluye:**
 - **Enfermedades psiquiátricas o neurosis.**

- **Daño cerebral como consecuencia de ingesta de alcohol y/o sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas o cualquier otra sustancia que por su propia naturaleza produzca dependencia física o psíquica.**

- **Para el estado de coma se excluye:**
 - **El coma que resulte de abuso de alcohol o drogas, o el coma inducido médicamente.**

- **Para Enfermedad de Parkinson se excluye:**
 - **El Parkinson que pueda controlarse con medicación;**
 - **El Parkinson que no muestre signos de evolución progresiva del daño;**

IV. LÍMITES O RESTRICCIONES A LAS COBERTURAS

Período de Carencia: Los primeros noventa (90) días contados a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza constituirán un período de carencia bajo esta cobertura. Durante este período no será reconocido reclamo alguno bajo esta cobertura.

V. AVISO DE SINIESTRO

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, en lugar de la documentación señalada en la cláusula **III.D.1. AVISO DE SINIESTRO** de las Condiciones Generales, los siguientes requisitos:

- a.** Formulario de Reclamación debidamente completado por el Asegurado o su Reclamante Sustituto, según corresponda.
- b.** Fotocopia simple de la cédula de identidad o de residencia del Asegurado o del Reclamante Sustituto.

- c.** Informe Médico debidamente completado por el médico Especialista tratante según la enfermedad de que se trate, informando los detalles del Diagnóstico Médico, incluyendo la fecha de primer diagnóstico.
- d.** Expediente Médico.

Este Anexo y su cobertura quedan sujetos a las Condiciones Generales de la póliza.

En aceptación de lo anterior firmamos, en San José, Costa Rica, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Alfredo J. Ramírez
Cédula de residencia 184001076310
Gerente General

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A06-294 de fecha 09 de noviembre de 2012.