



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL - BEST INDEXED

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	8
CONDICIONES GENERALES.....	9
CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES.....	9
CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	10
CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA	10
3.1. RIESGOS CUBIERTOS.....	10
3.1.1. GENERAL	10
3.1.2. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS – COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO	11
3.1.3. CAMBIO DE OPCIÓN DE BENEFICIO POR FALLECIMIENTO	13
3.1.4. CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL SEGURO.....	13
3.1.5. CÁLCULO Y LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS.....	13
3.1.6. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES.....	14
3.2. EXCLUSIONES.....	14
3.2.1. EXCLUSIÓN POR SUICIDIO.....	14
3.2.2. OTRAS EXCLUSIONES.....	14
CLÁUSULA 4.- TOMADOR Y BENEFICIARIOS	14
CLÁUSULA 5.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO	16
5.1. OBLIGACIONES GENERALES	16
5.2. DECLARACIÓN INCORRECTA DE LA EDAD y DEL SEXO	16
5.3. DECLARACIÓN INCORRECTA DE LA CONDICIÓN DE FUMADOR.....	16
5.4. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA.....	17
5.5. CANCELACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	17
CLÁUSULA 6.- PRIMA.....	17
6.1. PAGO DE LA PRIMA	17
6.2. PERÍODO DE GRACIA.....	18

CLÁUSULA 7.- VALORES DE LA PÓLIZA	19
CLÁUSULA 8.- PRESTAMOS SOBRE LA PÓLIZA.....	25
CLÁUSULA 9.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES	25
CLÁUSULA 10.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS.....	26
10.1. PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO	26
CLÁUSULA 11.- VIGENCIA.....	27
11.1. VIGENCIA.....	27
CLÁUSULA 12.- CONDICIONES VARIAS	27
12.1. ELEGIBILIDAD.....	27
12.2. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.....	27
12.3. MONEDA	28
12.4. NO PARTICIPACIÓN EN UTILIDADES	28
12.5. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD	28
12.6. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	28
12.7. PRESCRIPCIÓN.....	28
12.8. NORMAS SUPLETORIAS.....	28
12.9. INDISPUTABILIDAD	28
12.10. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA.....	29
CLÁUSULA 13.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	29
CLÁUSULA 14.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.....	29
ADITAMENTO SOBRE BENEFICIO ANTICIPADO.....	30
COBERTURAS ADICIONALES (si los hubiere)	32

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, Aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada “La Compañía”, emite la siguiente Póliza Individual de Seguro de Vida - BEST INDEXED. La Póliza consiste en la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, los Aditamentos, cuando aplique, y cualquier enmienda que se emita al respecto, en su defecto regirá la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653), la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956) y toda legislación vigente aplicable.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza.

Esta Póliza Individual de Seguro de Vida - BEST INDEXED tiene como cobertura básica un seguro de vida y ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

Si el contenido de este Contrato o de sus modificaciones no concordare con las solicitadas, el Asegurado podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Asegurado de un ejemplar firmado por la Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones.

La Póliza Individual de Seguro de Vida – BEST INDEXED se rige mediante un contrato de adhesión, es no renovable y se mantendrá vigente de manera indefinida siempre y cuando se cumplan las condiciones que se indican en la presente Póliza.

PÓLIZA INDEXADA DE SEGURO DE VIDA AJUSTABLE CON PRIMA FLEXIBLE

Seguro pagadero al fallecimiento del Asegurado mientras la Póliza se encuentre vigente. Primas flexibles pagaderas durante la vida del Asegurado hasta los 120 años de edad.

Beneficio por fallecimiento ajustable.
Póliza sin derecho de participación.
Póliza sin derecho a dividendos.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI calle paralela a la Ruta 27.
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069
E-mail: postventacr@bmicos.com
** Web: www.segurosbmicr.com

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

En el texto de esta Póliza, las palabras “usted”, “suyo” y “su” se refieren al Titular, y las palabras “nosotros”, “nuestro” y “Compañía” se refieren a Best Meridian Insurance Company.

Para los efectos de esta póliza, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado siguiente:

- 1.1. **ASEGURADO.-** Persona física que en sí misma está expuesta al riesgo y está protegida bajo esta Póliza por haber sido aceptada por la Compañía y por haber recibido la Compañía el pago de la prima correspondiente.
- 1.2. **CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN.-** Aquellas condiciones que rigen la relación entre la Compañía y el Asegurado, prevista en el presente documento.
- 1.3. **PÁGINA DE DATOS DE LA PÓLIZA.-** Corresponde a la página de la póliza que contiene la información del asegurado e información contractual del plan de seguro.
- 1.4. **TOMADOR O TITULAR DE PÓLIZA.-** Persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro a la Compañía. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- 1.5. **DOMICILIO DEL ASEGURADO. -** Dirección de residencia del Asegurado.
- 1.6. **EDAD.-** La palabra edad, en esta póliza, se refiere a la edad del asegurado en la fecha de su último cumpleaños.
- 1.7. **FECHA DE EMISIÓN.-** La fecha de emisión es la fecha efectiva para toda cobertura

provista en la póliza. Esta es la fecha a partir de la cual nosotros contamos los meses y años de la póliza. Un aniversario de la póliza ocurre cada año en el mismo mes y día de la fecha de emisión. Un Mes de la Póliza comienza en cada mes calendario en el día de ese mes que es el mismo que la fecha de emisión. Si el día de la fecha de emisión es el 29, 30 o 31 en cualquier mes que no contiene ese día, el Mes de la Póliza empezará en el último día de ese mes.

- 1.8. **MONEDA.-** Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de Norte América, a menos que se indique lo contrario. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Tomador de la Póliza podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el Banco o Institución en que lo efectúe. Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.
- 1.9. **MES DE LA PÓLIZA. -** Se refiere al día de cada mes que coincida con el día en que la póliza fue emitida.
- 1.10. **PLAZO DEL CONTRATO, PRÓRROGA TÁCITA.-** El contrato se prorrogará tácitamente en el tanto el Tomador pague la prima del seguro, la cual deberá ser pagada dentro de los diez días hábiles siguientes a su vencimiento, o la póliza cuente con valor efectivo suficiente para mantenerla vigente.
- 1.11. **RIESGOS SUBESTÁNDAR:** En caso de considerarlo necesario, la Compañía procederá a realizar una evaluación de la

información de salud del propuesto Asegurado, historial médico del propuesto Asegurado y de su familia, profesión y pasatiempos, así como otros factores que se consideren relevantes para la evaluación del riesgo. Si el propuesto Asegurado no presenta un riesgo elevado, se le clasificará en categoría "Normal" o "Estándar" y se procederá a la emisión de la póliza sin ningún tipo de recargo sobre la prima comercial. Si luego del análisis efectuado por la Compañía el propuesto Asegurado representa un riesgo elevado de mortalidad, el mismo será incluido en la categoría "Subnormal" o "Subestándar". La Compañía, basándose en los manuales de selección de riesgo internos con los que cuenta, procederá a determinar si la solicitud del Propuesto Asegurado puede ser aceptada en la póliza, y determinará el monto del recargo sobre la prima comercial que será aplicado. Todos los casos serán evaluados de manera individual por la Compañía. Todo lo anterior, será informado al propuesto Asegurado previo a la emisión de la póliza o su inclusión en la misma.

1.12. SEGUNDO DESTINATARIO.- Es la persona designada por el Asegurado en la Solicitud de Seguros para que reciba copia de los avisos de cobro con la cantidad de prima requerida para que la póliza continúe en vigor. El segundo destinatario no tiene ningún derecho sobre esta póliza y podrá ser revocado por el Asegurado en cualquier momento.

1.13. SUMA ASEGURADA. - Será aquella que conste en la Página de Datos de esta Póliza.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El contrato, en su totalidad, está formado por esta póliza y cualquier solicitud, firmada por el Tomador o el Asegurado, la propuesta de seguro aceptada por el Tomador o la persona asegurada, aditamentos, enmiendas o endosos

que se le agreguen. La póliza se emite en base a la solicitud original y al pago de la primera prima, el cual debe realizarse en los siguientes diez días naturales al perfeccionamiento del contrato. Esta póliza se ha emitido en base a que las respuestas a todas las preguntas y toda la información que aparece en cualesquier solicitudes y/o exámenes médicos sean correctos y completos.

Las condiciones expresadas en la Página de Datos de la Póliza, prevalecerán sobre las Condiciones Generales y cualquier Aditamento que exista en la Póliza, así como sobre la Solicitud de Seguro.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna condición de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente el personal autorizado de la Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Cualquier solicitud, notificación o evidencia exigida bajo esta póliza debe ser por escrito. Debe ser enviada o entregada a la Compañía o a una persona autorizada por la Compañía.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

3.1.1. GENERAL

Por medio de este Seguro, si el Asegurado fallece mientras esta póliza está en vigor, la Compañía pagará los beneficios por fallecimiento al Beneficiario, con sujeción a los términos y condiciones de esta póliza. El nombre del Asegurado aparece en la Página de Datos de la Póliza. Esta cobertura por fallecimiento es la cobertura básica. El Aditamento de Beneficio Anticipado se incluye a la cobertura básica sin cobro de prima adicional.

Con el pago de prima adicional, el Asegurado podrá contratar las siguientes coberturas opcionales que se documentarán mediante el respectivo Aditamento:

- Aditamento de Beneficio de Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total
- Aditamento de Beneficio de Muerte Accidental
- Aditamento de Renta Familiar
- Aditamento de Seguro Adicional Sobre el Asegurado Principal
- Aditamento de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente

El beneficio por fallecimiento ajustado es igual al valor acumulado de la póliza en la fecha del fallecimiento del Asegurado, multiplicado por el porcentaje apropiado.

Para las Opciones A y B los porcentajes aparecen en la tabla de porcentajes siguiente:

3.1.2. DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS – COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

De acuerdo a los términos de esta póliza, el beneficio por fallecimiento será provisto de conformidad con la Opción A o B, según se especifique en la Página de Datos de la póliza.

Opción A

El beneficio por fallecimiento será igual a la mayor de las dos cantidades siguientes:

1. La suma asegurada de la póliza en la fecha del fallecimiento del Asegurado; o
2. El beneficio por fallecimiento ajustado tal como se explica a continuación.

Opción B

El beneficio por fallecimiento será igual a la mayor de las dos cantidades siguientes:

1. La suma asegurada más el valor acumulado en la fecha del fallecimiento del Asegurado;
2. El beneficio por fallecimiento ajustado tal y como se explica a continuación.

TABLA DE PORCENTAJES

Los porcentajes mostrados en las tablas se basan en la edad del asegurado en la fecha de su último cumpleaños

<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>PORCENTAJE</i>	<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>PORCENTAJE</i>	<i>EDAD CUMPLIDA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
1	250	34	250	67	118
2	250	35	250	68	117
3	250	36	250	69	116
4	250	37	250	70	115
5	250	38	250	71	113
6	250	39	250	72	111
7	250	40	250	73	109
8	250	41	243	74	107
9	250	42	236	75	105
10	250	43	229	76	105
11	250	44	222	77	105
12	250	45	215	78	105
13	250	46	209	79	105
14	250	47	203	80	105
15	250	48	197	81	105
16	250	49	191	82	105
17	250	50	185	83	105
18	250	51	178	84	105
19	250	52	171	85	105
20	250	53	164	86	105
21	250	54	157	87	105
22	250	55	150	88	105
23	250	56	146	89	105
24	250	57	142	90	105
25	250	58	138	91	104
26	250	59	134	92	103
27	250	60	130	93	102
28	250	61	128	94	101
29	250	62	126	95 y más	100
30	250	63	124		
31	250	64	122		
32	250	65	120		
33	250	66	119		

3.1.3. CAMBIO DE OPCIÓN DE BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

El Titular puede cambiar la opción de beneficio por fallecimiento, en cualquier momento después del primer aniversario de la póliza, mediante una solicitud por escrito dirigida a la Compañía, si:

1. El beneficio por fallecimiento actual no es igual al beneficio por fallecimiento ajustado, tal como se ha definido anteriormente en la sección 3.1.2.;
2. El cambio solicitado no produce una suma asegurada inferior al valor nominal mínimo que aparece en la Página de Datos de la Póliza.

Si se cambia la Opción A por la Opción B, la suma asegurada disminuirá en una cantidad igual al valor acumulado. Si el cambio es de la Opción B para la Opción A, la suma asegurada incrementará en una cantidad igual al valor acumulado. La Compañía podrá solicitar prueba de asegurabilidad antes de que la Opción A se cambie por la Opción B.

Cualquier cambio será efectivo en el primer día del Mes de la Póliza inmediatamente después de la fecha en que nosotros aprobemos la solicitud de cambio. Entre cada cambio de opción deben transcurrir por lo menos doce meses.

3.1.4. CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL SEGURO

El Tomador puede solicitar un incremento o una disminución en la suma asegurada proporcionada por esta póliza. La póliza debe haber estado en vigor al menos un año para el momento en que se solicite el incremento o disminución. El Tomador debe presentar su petición a la Compañía por escrito.

Entre cada incremento o disminución deben transcurrir por lo menos doce meses. Cualquier cambio estará sujeto a las condiciones especificadas a continuación:

1. INCREMENTOS: Entrarán en vigor en el primer día del Mes de la Póliza inmediatamente después de la fecha en que aprobemos la solicitud de incremento. La Compañía se reserva el derecho de pedir prueba satisfactoria de asegurabilidad. No se hará ningún incremento si el valor acumulado de la póliza no es suficiente para cubrir el próximo cargo mensual. La Compañía emitirá una nueva Página de Datos de la Póliza por cada incremento en la suma asegurada.

2. DISMINUCIONES: Entrarán en vigor en el primer día del Mes de la Póliza inmediatamente después de la fecha en que recibamos tal solicitud. Estas disminuciones reducirán el seguro en el siguiente orden:

- a. Del incremento más reciente, si lo hubiere;
- b. Sucesivamente de los incrementos más recientes, si los hubiere, en orden cronológico regresivo;
- c. De la suma asegurada inicial de la póliza.

La suma asegurada después de cualquier disminución solicitada no podrá ser inferior a la suma asegurada mínima indicada en la Página de Datos de la Póliza. La Compañía emitirá una nueva Página de Datos de la Póliza por cada disminución de la suma asegurada.

3.1.5. CÁLCULO Y LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Por beneficios se entiende la cantidad que pagaremos:

1. Después del fallecimiento del Asegurado; o
2. Al liquidarse esta póliza.

Los beneficios que pagaremos en caso de fallecimiento del Asegurado se calcularán así: (a) más (b) menos (c) menos (d) entendiéndose que:

- (a) Es el beneficio por fallecimiento;
- (b) Es cualquier beneficio adicional que fuese pagadero bajo los términos de cualquier aditamento vigente;
- (c) Es cualquier deuda pendiente; y
- (d) Es cualquier cargo mensual que no haya sido efectuado antes de la fecha de fallecimiento.

Si el Asegurado liquida esta póliza, la Compañía pagará el valor efectivo neto.

La Compañía pagará los beneficios en un pago único. **Cualesquiera beneficios que pague la Compañía estarán sujetos a los ajustes contemplados en las cláusulas de esta póliza relativas a la declaración incorrecta de la edad o el sexo, la declaración incorrecta de la condición de fumador o no fumador, la exclusión por suicidio, la inimputabilidad y otras exclusiones.**

3.1.6. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

Son coberturas opcionales que el Tomador de la Póliza puede adquirir mediante el pago de la prima adicional que corresponda y estarán vigentes si aparecen en la Página de Datos de la Póliza.

Las Coberturas Adicionales son las siguientes:

- Aditamento de Beneficio de Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total
- Aditamento de Beneficio de Muerte Accidental
- Aditamento de Renta Familiar
- Aditamento de Seguro Adicional Sobre el Asegurado Principal
- Aditamento de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente

Los detalles de las coberturas incluidas en estos aditamentos se describen en los Anexos que se encuentran en la parte final de estas Condiciones Generales.

3.2. EXCLUSIONES

3.2.1. EXCLUSIÓN POR SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales, dentro de los primeros dos años siguientes a la fecha de emisión, la Compañía hará un pago limitado al Beneficiario. La Compañía pagará en una suma total la cantidad de todas las primas pagadas deduciendo las cantidades siguientes:

- a. Cualquier deuda pendiente;
- b. Cualquier liquidación parcial; y
- c. El costo de cualquier aditamento.

En caso de suicidio del Asegurado, estando o no en uso de sus facultades mentales, dentro de los dos años siguientes a la fecha de efectividad de rehabilitación o incremento en la suma asegurada, la Compañía hará un pago limitado al Beneficiario. Este pago será igual al costo del beneficio rehabilitado o del incremento en la suma asegurada. Con respecto a incrementos, este período de dos años se aplicará solamente a cualquier incremento que el Asegurado haya solicitado.

3.2.2. OTRAS EXCLUSIONES

Los beneficios que ofrece esta póliza serán limitados a la prima pagada cuando el fallecimiento del Asegurado ocurra mientras este en efecto y sea resultado directo de:

- Cualquier actividad de naturaleza ilegal o criminal. Esta exclusión no afecta a las personas aseguradas que no tengan relación directa o que no estén asociadas con cualquier actividad ilegal o criminal, o con personas directamente involucradas en dichas actividades.
- Servicio en las Fuerzas Armadas o Fuerzas Policiales de cualquier país.

CLÁUSULA 4.- TOMADOR Y BENEFICIARIOS

TOMADOR DE PÓLIZA

En caso de que la persona asegurada sea un menor de edad será necesaria la autorización, por escrito, de sus padres, representantes legales o tutores.

La designación, revocación y sustitución de la persona beneficiaria puede ser hecha solo por la persona Asegurada, quien no podrá transferir ni delegar este derecho ni siquiera al Tomador del seguro.

El Asegurado puede ejercer todos los derechos y privilegios concedidos por esta póliza. Dichos derechos comprenderán:

1. Tomar préstamos sobre la póliza;
2. Liquidar totalmente la póliza;
3. Liquidar parcialmente la póliza;
4. Ejercer todos los demás derechos que la póliza le concede.

Todos los derechos del asegurado están sujetos al consentimiento de cualquier beneficiario que haya sido irrevocablemente designado.

BENEFICIARIO

El beneficiario recibirá el beneficio de esta póliza que sea pagadero por el fallecimiento del Asegurado. A menos que se haya designado un nuevo beneficiario, el beneficiario designado en la solicitud será el que recibirá el beneficio. Si se designan dos o más beneficiarios se entenderá que el pago correspondiente por esta póliza y cualquiera de sus beneficios serán en partes iguales a menos que se designe lo contrario.

Si no se ha designado un beneficiario, o si los beneficiarios designados han fallecido antes que el Asegurado, el beneficio se pagará a los sucesores legales declarados.

Nos reservamos el derecho de verificar la identidad, edad, sexo o cualquier factor relativo de cualquier beneficiario. A menos que haya sido indicado de otra manera, si dos o más personas son beneficiarios, aquellos que sobrevivan al Asegurado serán pagados en partes iguales.

En cuanto a la designación de beneficiarios serán de aplicación las normas contenidas en la Ley N° 8956 Reguladora del Contrato de Seguros.

“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.”

CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado puede cambiar el beneficiario en cualquier momento salvo que haya designado beneficiarios irrevocables. Este cambio debe ser por escrito dirigido a la Compañía. Una vez registrado, aún si el asegurado no viviere, el cambio será efectivo desde la fecha en que se firmó la solicitud. Cualquier pago que hayamos hecho o cualquier medida que hayamos tomado antes de que el cambio se haya registrado, no será afectado. **Si el asegurado ha designado por escrito a un beneficiario con carácter irrevocable, no se harán cambios sin el consentimiento por escrito de ese beneficiario.**

CLÁUSULA 5.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

5.1. OBLIGACIONES GENERALES

El Tomador y el Asegurado se encuentran obligados a cumplir con las siguientes disposiciones:

- El Tomador es responsable de pagar puntualmente la prima, como se explica en la Cláusula 6. Prima, de esta Póliza.
- El Asegurado deberá suscribir y remitir a la Compañía la Solicitud de Seguro, exámenes médicos, y formularios que apliquen.
- El Asegurado deberá notificar a la Compañía, en un plazo de treinta (30) días naturales de haber recibido la Póliza, si alguna información es incorrecta o está incompleta.

5.2. DECLARACIÓN INCORRECTA DE LA EDAD y DEL SEXO

El Asegurado deberá declarar la edad exacta y el sexo correcto.

Si la edad o sexo del asegurado fue declarada incorrectamente en la solicitud, nosotros consideraremos que tal error no fue intencional, y procederemos como se explica a continuación:

1. Si el error se descubre mientras vive el Asegurado, dentro de un mes de haber conocido la situación, nosotros notificaremos al Tomador la modificación necesaria para rectificar la póliza. Si no se acepta la modificación dentro del plazo de quince días hábiles siguientes a la notificación,
 - a. Procederemos a realizar la modificación si ésta no requiere ningún pago por parte del tomador.
 - b. Daremos por terminado la póliza si la modificación requiere un pago por parte del Tomador.

2. Si el error se descubre después del fallecimiento del Asegurado y el error no es atribuible al Tomador, nuestra Compañía rendirá la prestación debida. No obstante, en el caso de que el error sea atribuible al Tomador nosotros ajustaremos y pagaremos los beneficios basándonos en la edad y/o sexo correcto del Asegurado. La cantidad resultante será el beneficio por fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando el costo correcto del seguro.

5.3. DECLARACIÓN INCORRECTA DE LA CONDICIÓN DE FUMADOR

El Asegurado deberá declarar correctamente la condición de fumador o no fumador:

Si la condición de fumador o no fumador del asegurado fue declarada incorrectamente en la solicitud, y se descubre el error dentro de los dos años después de la fecha de emisión de la póliza, nosotros consideraremos que tal error no fue intencional, y procederemos como sigue:

1. Si el error se descubre mientras vive el Asegurado, dentro de un mes de haber conocido la situación, nosotros notificaremos al Tomador la modificación necesaria para rectificar la póliza. Si no se acepta la modificación dentro del plazo de quince días hábiles siguientes a la notificación,
 - a. Procederemos a realizar la modificación si ésta no requiere ningún pago por parte del tomador.
 - b. Daremos por terminado la póliza si la modificación requiere un pago por parte del tomador.
2. Si el error se descubre después del fallecimiento del Asegurado, y el error no es atribuible al Tomador, nuestra Compañía rendirá la prestación debida. No obstante, en el caso de que el error sea atribuible al Tomador, nosotros ajustaremos y pagaremos los beneficios

basándonos en la condición correcta del Asegurado. La cantidad resultante será el beneficio por fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando el costo correcto del seguro.

Después de que la póliza ha estado vigente por dos años, no se modificará la póliza por esta causa.

5.4. NULIDAD DEL CONTRATO POR DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

Con excepción de declaraciones respecto a la edad, sexo, o condición de fumador del asegurado, este contrato, así como cualesquiera de sus addenda o beneficios devendrán nulos cuando se determine que se ha declarado de forma falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidos como tales por el Asegurado, el Tomador, o por los representantes de uno o de otro, que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato. Si la declaración falsa o inexacta tiene que ver con la edad, sexo, o condición de fumador del Asegurado, se procederá como se describe arriba bajo Declaración incorrecta de la edad o del sexo y Declaración incorrecta de la condición de fumador. La Compañía podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

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

- a. La Compañía tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al Tomador la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince (15) días hábiles después de la notificación, la Compañía, dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

- b. Si la Compañía demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera Asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un (1) mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Tomador o Tomador de la Póliza la prima no devengada al momento de la rescisión.
- c. El derecho de la Compañía de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

5.5. CANCELACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

La Compañía se reserva el derecho a cancelar o a modificar la Póliza del Asegurado inmediatamente si se encuentra que las declaraciones hechas en la Solicitud y/o el Formulario de Examen Médico son falsas, incompletas o que se haya cometido fraude.

La presentación de una reclamación fraudulenta constituye causa para la cancelación de la Póliza del Asegurado.

CLÁUSULA 6.- PRIMA

6.1. PAGO DE LA PRIMA

Primera Prima

Una vez perfeccionado el contrato la primera prima deberá abonarse en la fecha de emisión de la Póliza o más tardar dentro de los diez días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato.

Primas programadas

El pago de las primas programadas puede hacerse periódicamente mientras el Asegurado viva. El Asegurado puede cambiar el monto de las primas programadas.

Primas no programadas

El Asegurado y el Tomador pueden hacer pagos no programados por concepto de primas en cualquier momento mientras la póliza esté

vigente. La Compañía se reserva el derecho en cualquier año de la póliza, de limitar la cantidad de las primas no programadas, si tales pagos pueden producir como resultado un incremento del beneficio por fallecimiento.

Prima mínima anual

Durante los primeros diez (10) años para Asegurados con edades menores a 76 años y al menos durante los primeros cinco (5) años para Asegurados con edades mayores o iguales a 76 años de su vigencia, esta póliza, para todas las edades que se emita, no podrá ser cancelada por falta de pago de primas si la suma de todas las primas pagadas a la fecha, menos cualquier préstamo y liquidación parcial, es igual a o mayor que la prima mínima que se muestra en la Página de Datos de la Póliza multiplicada por el número de años totales y parciales desde la fecha de emisión. Si durante los primeros diez (10) años para Asegurados con edades menores a 76 años y al menos durante los primeros cinco (5) años para Asegurados con edades mayores o iguales a 76 años el Tomador dejara de pagar la prima, la Compañía podrá cancelar la póliza por falta de pago de conformidad con el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Una vez transcurridos los primeros diez (10) años para Asegurados con edades menores a 76 años y al menos durante los primeros cinco (5) años para Asegurados con edades mayores o iguales a 76 años de vigencia de la póliza, si el Tomador no pagare en un determinado año la prima mínima anual, la Compañía queda facultada para rebajar del valor efectivo de la póliza el monto de dicha prima mínima anual y aplicarlo al pago de la prima. Si el valor efectivo de la póliza fuese menor al monto de la prima mínima anual que debe pagarse en determinado año, la Compañía podrá cancelar la póliza por falta de pago de conformidad con el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.

Pago de primas

Si cualquier cheque u otro instrumento de pago no son canjeados cuando se presenten para su

pago, se considerará que la prima correspondiente no ha sido satisfecha. Los pagos en efectivo no serán considerados como pagos. Para que una prima sea considerada pagada, ésta debe haber sido recibida por la Compañía y usted debe haber recibido un recibo oficial de la Compañía. Usted podrá pagar las primas mediante cargo automático a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito o bien mediante transferencia bancaria a la cuenta que al efecto designe la Compañía.

6.2. PERÍODO DE GRACIA

Si el valor efectivo neto no es suficiente para satisfacer el cargo mensual vencido en ese momento, y durante los primeros diez años para Asegurados con edades menores a 76 años y en al menos durante los primeros cinco años para Asegurados con edades mayores o iguales a 76 años, no se ha satisfecho la prima mínima como se describe anteriormente, comenzará a correr el período de gracia. La póliza se mantendrá en vigor durante dicho período, cuya duración es de sesenta y un (61) días naturales.

Si no recibimos suficientes primas para cubrir el cargo mensual o la prima mínima antes de la expiración del período de gracia, la Póliza caducará sin valores. Finalizado el periodo de gracia la Póliza entrará en mora y la Compañía podrá dar por terminada la cobertura dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la mora, notificando al Asegurado la terminación de la Póliza.

Notificaremos por correo al Tomador y a cualquier segundo destinatario que aparezca registrado, la cantidad de prima requerida para que la póliza continúe en vigor por lo menos 30 días antes de que termine el período de gracia. Si el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad o más, y la póliza ha estado vigente por lo menos un año, la póliza no caducará por falta de pago de prima antes de transcurrir por lo menos veintiún (21) días desde la notificación al Asegurado y al segundo destinatario que la póliza caducará.

Si el Asegurado fallece durante el período de gracia, los beneficios serán pagados pero deduciremos cualquier cargo mensual que no haya sido satisfecho.

Lo anterior también aplicará entre el perfeccionamiento del contrato y el pago de la prima inicial.

CLÁUSULA 7.- VALORES DE LA PÓLIZA

Valor acumulado

El valor acumulado en la fecha de la póliza es igual a las primas pagadas menos el importe del cargo por gastos y menos el cargo mensual por el primer Mes de la Póliza.

El valor acumulado en el primer día de cualquier Mes de la Póliza que no coincida con la fecha de la póliza, será igual a (a) más (b), más (c), más (d), menos (e), menos (f) entendiéndose que:

- (a) es el valor acumulado en el primer día del mes anterior de la póliza;
- (b) son los intereses acreditados desde el primer día del mes anterior de la póliza;
- (c) son todas las primas recibidas a partir del primer día del mes anterior de la póliza, menos los cargos por gastos;
- (d) es cualquier incentivo de reembolso acreditado desde el primer día del mes anterior de la póliza;
- (e) son todas las liquidaciones parciales hechas a partir del primer día del mes anterior de la póliza;
- (f) es el cargo mensual correspondiente al mes en curso de la póliza.

El valor acumulado en cualquier otra fecha se calcula de igual manera.

Incentivos

El valor acumulado podrá ser acreditado con uno o ambos de los incentivos siguientes:

- (a) Incentivo de reembolso: en el décimo quinto (15) aniversario de la póliza acreditaremos al valor acumulado un

monto equivalente al 75% de todos los cargos mensuales deducidos hasta esa fecha, pero sin incluir el costo de cualquier aditamento ni el costo de la extra-mortalidad asociada con Riesgos Subestándar;

- (b) Incentivo de interés: para el vigésimo (20) año calendario de la póliza y cada año subsiguiente, acreditaremos un interés del 1,50% además del interés que de otra manera acreditaríamos ese año.

Para tener derecho a estos incentivos, el Asegurado debe pagar por lo menos la prima mínima anual todos y cada uno de los años-póliza durante el período de calificación, no se puede hacer ningún retiro, y el Asegurado debe reembolsar todos los préstamos que obtuvo de la Compañía con los intereses correspondientes. El período de calificación es de quince (15) años para el incentivo de reembolso y diecinueve (19) años para el incentivo de intereses, contado desde la fecha de emisión de la póliza en ambos casos.

Valor efectivo

El valor efectivo es igual al valor acumulado, menos cualquier cargo de liquidación, menos los intereses restados.

La cantidad de los intereses restados es igual a los intereses acreditados durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de liquidación, si la liquidación ocurre en el lapso de quince (15) años desde la fecha de la póliza.

Cargos de liquidación

Los cargos de liquidación aparecen en la tabla incluida en la Página de Datos de la póliza. La suma asegurada inicial y todos los incrementos de la suma asegurada incurren en dichos cargos, como se muestra en la tabla.

Valor efectivo neto

El valor efectivo neto es igual al valor efectivo menos el importe de cualquier deuda.

Cargos por gastos

Del pago de cada prima se deduce un cargo por concepto de gastos. Este cargo nunca excederá:

1. Durante el primer año de la Póliza, el 95% de la Prima Objetivo que se muestra en la Página de Datos;
2. En el primer año en exceso de la Prima Objetivo, el 25%;
3. En los años 2 – 10, el 25%; y
4. de allí en adelante, el 15.0%.

La Compañía determinará cada año el cargo por gastos, basándose en sus expectativas para el futuro. Los cargos por gastos actualmente vigentes aparecen en la Página de Datos de la póliza.

Cargo mensual por administración

La Compañía podrá recaudar un cargo mensual por administración no mayor de:

1. US\$7,00, más
2. US\$0,30 por US\$1.000,00 de suma asegurada durante los primeros 10 años de la póliza.

La Compañía determinará el cargo mensual por administración para cada año basada en sus proyecciones para el futuro. El presente cargo mensual por administración está mostrado en la Página de Datos de la póliza.

Cargo mensual

Se deducirá un cargo mensual el primer día de cada Mes de la Póliza. El cargo mensual es igual a la suma de (a), (b) y (c), entendiéndose que:

- (a) es el costo del seguro;
- (b) es el costo de cualquier aditamento;
- (c) es el cargo mensual por administración.

Al cargo mensual serán cargados los impuestos de la Ley, los cuales consecuentemente serán deducidos del valor acumulado.

Costo del seguro

El costo del seguro se determina el primer día de cada Mes de la Póliza. Este costo se computa por separado para la suma asegurada inicial y para cada incremento de la suma asegurada. El valor acumulado menos el cargo mensual por administración al mes que esté transcurriendo, se considera primero como parte de la suma asegurada inicial.

Si ese valor es superior a la suma asegurada inicial, la cantidad en exceso de la suma asegurada inicial será considerada como parte de la suma asegurada incrementada que resulte de los incrementos en el orden en que hayan ocurrido.

El costo del seguro es igual a:

1. el monto del beneficio por fallecimiento en el primer día del Mes de la Póliza;
2. menos el valor acumulado en el primer día del Mes de la Póliza;
3. más el cargo mensual por administración correspondiente al mes que esté transcurriendo;
4. más el cargo mensual correspondiente a cualquier aditamento que no depende del valor acumulado;
5. multiplicado por la tasa del costo de seguro para ese mes.

Tasa del costo de seguro

La tasa del costo de seguro se determina por separado para la suma asegurada inicial y para cada incremento de la suma asegurada. Las tasas se basan en:

1. la edad del Asegurado en la fecha de emisión o en la fecha de incremento y la duración de la póliza o de cada uno de los incrementos, expresados en años; y
2. la clase de prima que aparece indicada en la Página de Datos de la Póliza.

La clase de prima con la fecha de vigencia más reciente, se aplicará a cualquier incremento del beneficio por fallecimiento que resulte cuando el beneficio por fallecimiento es un porcentaje del valor acumulado.

La Compañía determinará anualmente la tasa del costo de seguro para riesgos normales o estándar basándonos en nuestras expectativas para el futuro. Para riesgos que no sean los normales (Riesgos Subestándar), las tasas serán múltiplos apropiados de la tasa normal.

Tasas de interés e interés acreditado

Al final de cada año, la Compañía anunciará la tasa de interés a ser acreditada ese año. Esa tasa no será nunca menor de 1% ni mayor de 12% (más el incentivo de interés, de ser acreditado), independientemente del valor del factor de participación.

Las tasas de interés que se usarán para calcular los intereses acreditados al valor acumulado en un determinado año serán calculadas de la siguiente manera:

1. la tasa anual de rendimiento del índice de ese año se multiplica por el factor de participación que corresponde a ese año; la tasa de interés así obtenida se multiplica por el valor acumulado de principio del año, después de restar de este último una cantidad equivalente a todos los cargos mensuales del año;
2. para cada mes del año, la tasa de rendimiento del índice para ese mes se multiplica por el factor de participación que corresponde a ese año; la tasa de interés así obtenida se multiplica por las primas recibidas ese mes después de deducir de estas últimas los cargos por gastos;
3. para cada mes del año, la tasa de rendimiento del índice para ese mes se multiplica por el factor de participación que corresponde a ese año; la tasa de interés así obtenida se multiplica por las liquidaciones parciales de ese mes.

El interés acreditado será igual al resultado de (1) más el resultado de (2) menos el resultado de (3).

La tasa del rendimiento del índice es la tasa de crecimiento del índice que el Asegurado seleccionó. La tasa de rendimiento anual se

mide desde el final del año anterior hasta el final del presente año. La tasa de rendimiento mensual para cualquier mes se mide desde el final de ese mes hasta el final del presente año.

El índice es un índice bursátil que puede ser el Standard & Poor's 500 Stock Price Index (S&P 500) o el NASDAQ 100 Index (NASDAQ). Estos índices no deben ser confundidos con otros índices como son el NASDAQ Composite, el S&P 400, etc.

El Tomador selecciona el índice que servirá de base para determinar la tasa de interés de la póliza. Una vez emitida la póliza, el índice no puede ser cambiado. Si llegase a discontinuarse la publicación del índice, o si su cálculo sufriese una modificación significativa o no estuviese disponible, la Compañía tendría la facultad de usar un índice alternativo, notificándosele.

El factor de participación es un porcentaje que se aplica a la tasa de rendimiento del índice. Este factor es establecido por la Compañía cada año, basándose en resultados anteriores y en sus expectativas para el futuro, y nunca será inferior al 40%.

Los intereses serán acreditados al valor acumulado cada año en el primer día del Mes de la Póliza que comienza en enero. Los intereses acreditados sobre la porción del valor acumulado igual a la cantidad adeudada sobre la póliza podrán ser calculados usando una tasa distinta a la tasa aplicada al resto del valor acumulado.

Para las liquidaciones que tengan lugar dentro de los quince (15) años siguientes a la fecha de emisión, los intereses de los últimos doce (12) meses serán restados del monto liquidado.

Este Producto no está patrocinado, ni es endosado, ni es vendido o promovido por Nasdaq, Inc. ni por sus afiliadas (NASDAQ, y sus afiliadas, en lo adelante, las "Corporaciones"). Las Corporaciones no garantizan ni la legalidad, aptitud, exactitud o suficiencia de las descripciones o aclaraciones relacionadas con el Producto. Las

Corporaciones ni afirman ni garantizan, ni expresa ni implícitamente, a los propietarios del Producto y otros interesados, nada en torno a la conveniencia de invertir en valores bursátiles o en este Producto en particular, o en cuanto a la aptitud del NASDAQ 100 Index para rastrear la rentabilidad general del mercado de valores. La única relación de las Corporaciones con Best Meridian Insurance Company (“Concesionaria”) se limita a su cesión del derecho al uso de las marcas comerciales registradas NASDAQ®, OMX®, NASDAQ OMX® y NASDAQ 100 Index™, así como de determinadas marcas comerciales de las Corporaciones, y al uso del NASDAQ 100 Index, el cual es determinado, compuesto y calculado por NASDAQ independientemente de la Concesionaria o del Producto. NASDAQ OMX no está obligada a considerar las necesidades de la Concesionaria ni las de los propietarios del Producto, al determinar, componer, o calcular el NASDAQ 100 Index.

Las Corporaciones no podrán ser responsabilizadas de la determinación, el momento del lanzamiento, los precios o las cantidades del Producto, al determinar o calcular la ecuación mediante la cual el Producto es convertido en efectivo. Las Corporaciones no podrán ser responsabilizadas de la administración y comercialización del Producto.

LAS CORPORACIONES NO GARANTIZAN NI LA EXACTITUD NI EL CÁLCULO ININTERRUMPIDO DEL NASDAQ 100 INDEX O DE CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA. LAS CORPORACIONES NO GARANTIZAN, NI EXPRESA NI IMPLÍCITAMENTE, LOS RESULTADOS QUE LA CONCESIONARIA, LOS PROPIETARIOS DEL PRODUCTO U OTROS INTERESADOS PODRÍAN LOGRAR MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL NASDAQ 100 INDEX O CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA. LAS CORPORACIONES NI AFIRMAN NI GARANTIZAN, NI EXPRESA NI IMPLÍCITAMENTE, NADA EN CUANTO A ESTE ASUNTO, POR LO QUE DESCONOCEN CUALQUIER GARANTÍA DE

COMERCIABILIDAD O APTITUD PARA PROPÓSITOS PARTICULARES, CON RELACIÓN AL USO DEL NASDAQ 100 INDEX O CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA. SIN PERJUICIO DE LA GENERALIDAD DE LO ANTEDICHO, EN NINGÚN CASO LAS CORPORACIONES PODRÁN SER RESPONSABILIZADAS DEL LUCRO CESANTE O DAÑOS Y PERJUICIOS ESPECIALES, INDIRECTOS, PUNITIVOS, O RESULTANTES DEL USO DEL ÍNDICE, EVENTUALMENTE SUFRIDOS POR LA CONCESIONARIA, AÚN CUANDO HAYAN SIDO ADVERTIDAS DE TAL POSIBILIDAD.

“El S&P 500 es un producto de S&P Dow Jones Indices LLC o sus afiliadas (“SPDJI”), que ha sido licenciado para el uso por parte de Best Meridian Insurance Company (BMIC). Standard & Poor’s® y S&P® son marcas comerciales registradas de Standard & Poor’s Financial Services LLC (“S&P”), y Dow Jones® es una marca comercial registrada de Dow Jones Trademark Holdings LLC (“Dow Jones”).

Las marcas comerciales registradas han sido licenciadas a SPDJI y sublicenciadas para su uso con determinados propósitos, por parte de BMIC. Esta póliza de seguro no está patrocinada, ni endosada, ni es vendida o promovida por SPDJI, Dow Jones, S&P, o sus respectivas afiliadas (en su conjunto, los “S&P Dow Jones Indices”). Los S&P Dow Jones Indices no afirman o garantizan, ni expresa ni implícitamente, nada, al Asegurado y otros interesados, con relación a la conveniencia de invertir, por lo general, en el mercado de valores o en este contrato de seguro, en particular, o en torno a la aptitud del S&P 500 para rastrear, en general, la rentabilidad del mercado de valores. La única relación de los S&P Dow Jones Indices con BMIC, que tenga que ver con el S&P 500, tiene que ver con la licencia de uso del Índice y determinadas marcas comerciales registradas pertenecientes a los S&P Dow Jones Indices y/o a sus concesionarios. El S&P 500 es determinado, compuesto y calculado por los S&P Dow Jones Indices, independientemente de BMIC o del Producto. S&P Dow Jones Indices no tiene obligación de tomar en

consideración las necesidades de BMIC o del Asegurado, al determinar, componer o calcular el S&P 500. S&P Dow Jones Indices no podrá ser responsabilizado por no haber participado, en torno a la determinación de los precios y cantidades de este seguro, ni en el momento de su emisión o venta, ni en la determinación o cálculo de la ecuación mediante la cual dicho valor será convertido en efectivo, rescatado o redimido, según el caso. S&P Dow Jones Indices no estará obligado, ni podrán ser responsabilizado de la administración o comercialización de este seguro. No hay garantía de que las inversiones basadas en el S&P 500 reflejarán exactamente el desempeño del Índice o resultarán en inversiones rentables.

S&P Dow Jones Indices LLC no es un consejero de inversiones. La inclusión de un valor bursátil en el Índice no constituye una recomendación, por parte de S&P Dow Jones Indices, de comprar, vender o retener dicho valor bursátil, ni podrá ser considerada como asesoramiento en cuanto a inversiones.

LOS S&P DOW JONES INDICES NO GARANTIZAN LA SUFICIENCIA, EXACTITUD, OPORTUNIDAD Y/O INTEGRIDAD DEL S&P 500, O CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA, NI DE CUALQUIER OTRA COMUNICACIÓN, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, SIN LIMITACIONES, LOS MENSAJES VERBALES O ESCRITOS (INCLUYENDO LOS MENSAJES ELECTRÓNICOS), RELACIONADOS CON EL S&P 500 O CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA. LOS S&P DOW JONES INDICES NO PODRÁN SER RESPONSABILIZADOS POR DAÑOS Y PERJUICIOS RESULTANTES DE ERRORES, OMISIONES O TARDANZAS RELACIONADOS CON EL S&P 500 O CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA. S&P DOW JONES INDICES NO AFIRMAN O GARANTIZAN, NI EXPRESA NI IMPLÍCITAMENTE, DESCONOCIENDO CUALQUIER GARANTÍA, AFIRMACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN O APTITUD PARA PROPÓSITOS O USOS DETERMINADOS, EN

TORNO A LOS RESULTADOS QUE BMIC, EL ASEGURADO, Y OTROS INTERESADOS, PODRÍAN LOGRAR MEDIANTE EL USO DEL S&P 500 O DE CUALQUIER INFORMACIÓN EN ÉL CONTENIDA. SIN PERJUICIO DE LA GENERALIDAD DE LO ANTEDICHO, EN NINGÚN CASO LOS S&P DOW JONES INDICES PODRÁN SER RESPONSABILIZADOS POR DAÑOS Y PERJUICIOS INDIRECTOS, ESPECIALES, PUNITIVOS O RESULTANTES -- INCLUYENDO, ENTRE OTROS, SIN LIMITACIONES, EL LUCRO CESANTE, PÉRDIDA DE TIEMPO O DE PRESTIGIO COMERCIAL Y OTROS INTANGIBLES -- DEL USO DEL ÍNDICE, AÚN CUANDO HAYAN SIDO ADVERTIDOS EN TORNO A LA POSIBILIDAD DE DICHS DAÑOS Y PERJUICIOS. NO EXISTEN TERCEROS BENEFICIARIOS DE CONTRATOS O ACUERDOS ENTRE LOS S&P DOW JONES INDICES Y BMIC, FUERA DE LOS LICENCIANTES DE LOS S&P DOW JONES INDICES.

Liquidación parcial

Después del primer año de la póliza y en vida del Asegurado, el Tomador puede solicitar por escrito una liquidación parcial del valor efectivo, si el Tomador es una persona distinta del Asegurado requerirá el consentimiento escrito de este para realizar una liquidación parcial del valor efectivo.

Tal liquidación parcial estará sujeta a los siguientes términos:

1. la cantidad mínima de cualquier liquidación parcial será \$250;
2. el valor efectivo neto que quede después de la liquidación parcial debe ser por lo menos \$250 más el cargo mensual correspondiente al Mes de la Póliza siguiente a la liquidación parcial;
3. si se ha seleccionado la Opción A en cuanto al beneficio por fallecimiento, la cantidad de la liquidación parcial se deducirá de la suma asegurada en el orden siguiente:

- a. del incremento más reciente, si lo hubiere;
- b. de los incrementos más recientes, si los hubiere, sucesivamente y en orden regresivo;
- c. de la suma asegurada inicial de la póliza.

La suma asegurada que quede después de dicha reducción será por lo menos igual a la suma asegurada mínima que aparece en la Página de Datos de la Póliza;

4. deduciremos un cargo por concepto de liquidación parcial en cada una de las liquidaciones parciales. Dicho cargo no será superior a US\$25;
5. solamente se puede efectuar una liquidación parcial en un año de póliza;
6. nos reservamos el derecho de posponer el pago de una liquidación parcial, hasta por un término máximo de seis meses, a menos que dicha liquidación sea para abonarnos primas.

Liquidación

El Tomador puede liquidar esta póliza en cualquier momento, si el Tomador es una persona distinta del Asegurado requerirá el consentimiento escrito de este para realizar una liquidación. El valor efectivo de liquidación es igual al valor efectivo neto. Deberán cumplirse las siguientes condiciones:

1. toda solicitud de liquidación deberá someterse por escrito, en una forma que nos sea aceptable;
2. la póliza original debe devolverse a la Compañía;
3. el Asegurado debe estar vivo en la fecha de efectividad de la liquidación.

La Compañía puede posponer el pago del valor efectivo de liquidación hasta por un término máximo de seis meses a menos que dicha liquidación se aplique para abonar primas. Si se solicita una liquidación dentro de los treinta días siguientes a un aniversario de la póliza, el valor efectivo de liquidación no será inferior al valor efectivo de liquidación en dicho aniversario,

pero se deducirá cualquier adeudo o liquidación parcial que se haya hecho en la fecha de ese aniversario o después. Ningún seguro estará vigente una vez que hayamos recibido una solicitud de liquidación.

Prolongación del seguro

Si los pagos de primas programadas no son satisfechos en la forma prevista y no se abonan pagos por concepto de primas no programadas, esta póliza continuará en vigor hasta que el valor efectivo al iniciarse un Mes de la Póliza no alcance para cubrir el cargo mensual correspondiente a ese mes. En ese momento, se aplicará la cláusula del período de gracia. En ningún caso se prorrogará la vigencia de un aditamento más allá de la fecha en que el mismo deba terminar.

Reporte anual

Le enviaremos una vez al año un reporte que incluirá los siguientes datos:

1. el período al cual corresponde el reporte;
2. el valor acumulado correspondiente al período anterior y el correspondiente al período actual;
3. el beneficio por fallecimiento al final del período actual;
4. el valor efectivo al finalizar el período actual;
5. el saldo de los préstamos sobre la póliza, si los hubiere, al finalizar el período actual;
6. primas pagadas desde el último reporte;
7. tasas de rendimiento del índice, factores de participación y tasas de interés del período actual;
8. intereses acreditados desde el último reporte;
9. liquidaciones parciales efectuadas desde el último reporte; y
10. cargos deducidos desde el último reporte.

Proyección de beneficios y valores

Le suministraremos una proyección de los futuros beneficios por fallecimiento y de los valores de la póliza, en cualquier momento en que usted así nos lo solicite por escrito. Por este servicio le cargaremos una cuota determinada por nosotros.

Notificaciones y reportes

Se entenderá que todas las notificaciones y reportes que enviemos han sido entregadas a las personas que tienen derecho a recibirlas cuando los enviemos por correo a su última dirección postal y/o última dirección de correo electrónico que aparezca en nuestros archivos.

CLÁUSULA 8.- PRESTAMOS SOBRE LA PÓLIZA

El Tomador puede obtener de nosotros un préstamo sobre la póliza, si el Tomador es una persona distinta del Asegurado requerirá el consentimiento escrito de este para realizar la solicitud de préstamo, y deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. que haya transcurrido el primer aniversario de la póliza;
2. que la póliza sea la única garantía del préstamo;
3. que la Compañía sea nombrada como beneficiario oneroso por el monto del préstamo;
4. que la Póliza no tenga otro beneficiario oneroso designado;
5. que el préstamo solicitado más cualquier deuda preexistente no exceda el valor máximo para préstamos;
6. que la póliza esté vigente.

El valor máximo para préstamos es equivalente al valor efectivo neto menos el cargo mensual del próximo mes.

La Compañía se reserva el derecho de posponer hasta por un término máximo de seis meses, cualquier pago de un préstamo sobre la póliza, a menos que dicho préstamo sea para abonarnos primas.

Deuda

La palabra deuda en esta póliza, se refiere al principal de cualquier préstamo sobre la póliza no satisfecho más cualquier interés que no haya sido pagado.

Intereses

Los intereses se considerarán vencidos a una tasa del 8% anual y son pagaderos anualmente en cada aniversario de la póliza. El principal del préstamo y los intereses serán pagaderos anualmente en la fecha en que se determine en el contrato que podrá ser prorrogado automáticamente de forma anual. Para que el préstamo sea prorrogado, se sumarán los intereses vencidos al principal adeudado y sobre la totalidad de este monto se aplicará la misma tasa de interés del préstamo de conformidad a lo que establece el artículo 505 del Código de Comercio.

Si el préstamo inicial o cualesquiera de sus prórrogas más los correspondientes intereses llegan a sobrepasar el valor efectivo de la póliza, ésta se cancelará automáticamente, pudiendo la Compañía cobrar su crédito del valor efectivo.

Reembolso del préstamo

El Tomador puede reembolsar un préstamo, total o parcialmente, en cualquier momento, antes de la terminación de la póliza y mientras el Asegurado viva. El reembolso del préstamo se aplicará al valor efectivo que está garantizando el préstamo.

Límite de los préstamos sobre la póliza

Si la deuda iguala o excede el valor efectivo, se iniciará el período de gracia y las disposiciones de la sección del período de gracia de esta póliza se aplicarán.

CLÁUSULA 9.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

A.- RECARGOS

En caso de considerarlo necesario, la Compañía procederá a realizar una evaluación de la información de salud del propuesto Asegurado, historial médico del propuesto Asegurado y de su familia, profesión y pasatiempos, así como otros factores que se consideren relevantes para la evaluación del riesgo.

Si el propuesto Asegurado no presenta un riesgo elevado, se le clasificará en categoría "Normal" o "Estándar" y se procederá a la emisión de la póliza sin ningún tipo de recargo sobre la prima comercial. Si luego del análisis efectuado por la Compañía el propuesto Asegurado representa un riesgo elevado de mortalidad, el mismo será incluido en la categoría "Subnormal" o "Subestándar".

Todos los casos serán evaluados de manera individual por la Compañía y en caso que el propuesto Asegurado sea categoría "Subnormal" o "Subestándar", la Compañía, basándose en los manuales de selección de riesgo internos con los que cuenta, procederá a determinar si el propuesto Asegurado puede ser aceptado en la póliza, y determinará el monto del recargo sobre la prima comercial que será aplicado. En caso que el propuesto Asegurado acepte ser incluido en la póliza y pagar el recargo respectivo, se procederá a la emisión de la póliza. Todo lo anterior, será informado al propuesto Asegurado de previo a la emisión de la póliza o su inclusión en la misma.

B. DESCUENTOS

Esta póliza no ofrece ningún tipo de descuento.

CLÁUSULA 10.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

10.1. PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO

El Beneficiario o representante legal de la sucesión del Asegurado debe formular por escrito la reclamación de los beneficios que sean pagaderos al ocurrir el fallecimiento del Asegurado. Nuestra Sucursal o Casa Matriz debe recibir esta reclamación tan pronto como

sea posible. Al recibir dicha notificación, enviaremos las planillas que deben completarse para que se someta la prueba del fallecimiento. Una vez recibida su reclamación usted recibirá una contestación de nuestra Compañía en un plazo no superior a treinta (30) días naturales.

La prueba de reclamación incluirá:

1. Certificado de defunción o fallecimiento del asegurado en donde consta la causa de la muerte expedido por el Registro Civil u autoridad competente en el país en donde ocurra el deceso.
2. Certificado de nacimiento del asegurado.
3. Copia del documento de identidad del beneficiario y en caso de que éste sea menor de edad deberá aportarse certificación de nacimiento y copia del documento de identidad del padre, la madre supérstite o del tutor designado.
4. En caso de que no se haya designado beneficiarios deberá aportarse certificación notarial o resolución judicial de declaración de herederos.
5. Esta póliza.

Los documentos expedidos en el extranjero deberán estar debidamente apostillados o legalizados por el consulado respectivo.

La prueba de reclamación debe someterse en la oficina de la Sucursal en San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27 dentro de los 90 días siguientes al fallecimiento del Asegurado.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la póliza de seguros por parte del Tomador del seguro, la persona asegurada o beneficiaria no conllevará efecto adverso alguno a sus intereses económicos derivados de su solicitud de indemnización, salvo el atraso en su gestión administrativa. En todo caso, la pérdida del derecho a indemnización solo se producirá en el supuesto de que hubiera concurrido dolo o culpa grave.

CLÁUSULA 11.- VIGENCIA

11.1. VIGENCIA

Esta póliza se mantendrá vigente de manera indefinida a menos que ocurra lo siguiente:

1. La muerte del Asegurado;
2. Si el valor efectivo neto no es suficiente para satisfacer el cargo mensual vencido en ese momento;
3. Si no recibimos suficientes primas para cubrir el cargo mensual o la prima mínima antes de la expiración del período de gracia, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza por falta de pago, de conformidad con el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro;
4. Si el Tomador o Asegurado solicita el Rescate Total de la póliza;
5. Según se indica en la Cláusula 5.- Obligaciones del Tomador y Asegurado, apartado 5.4. Nulidad del Contrato por Declaración Falsa o Inexacta.
6. Por orden de un juez o autoridad competente.

CLÁUSULA 12.- CONDICIONES VARIAS

12.1. ELEGIBILIDAD

La persona que se protege por este contrato debe tener un año o más, al momento de la suscripción de la Póliza.

12.2. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza podrá ser rehabilitada dentro de los cinco años siguientes a la fecha en que haya sido cancelada por no haberse abonado suficientes primas antes de la expiración del período de gracia.

La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada por escrito a la Compañía y deberá incluir:

1. prueba de que el asegurado es asegurable sobre las mismas bases que se tuvieron en cuenta cuando esta póliza fue emitida, tal como un examen médico;

2. pago suficiente de primas para mantener la póliza en vigor por lo menos dos meses a partir de la fecha de rehabilitación.

La rehabilitación será efectiva en el primer día del Mes de la Póliza que coincida con la fecha en que aprobemos dicha rehabilitación, o que caiga inmediatamente después de la aprobación.

El valor acumulado en la fecha de efectividad de rehabilitación será igual al valor acumulado al principio del período de gracia antes de la caducidad de la póliza, menos dos cargos mensuales, en la fecha de caducidad, tal como se define en la sección de valores de la póliza. El cargo por liquidación, en la fecha de efectividad de la rehabilitación, será el que aparece en la tabla de cargos por liquidación y se computará desde la fecha original de la póliza.

Si la rehabilitación ocurre en o después del décimo aniversario de la fecha de emisión original, la prima requerida de rehabilitación será igual a la que sea mayor entre a. o b. dividido entre uno menos el cargo por gastos correspondiente al año de la póliza durante el cual ocurre la rehabilitación:

- a. el cargo por liquidación previamente definido, menos el valor acumulado previamente definido, más el importe de dos cargos mensuales, en el momento de la rehabilitación; o
- b. el importe de dos cargos mensuales en el momento de la rehabilitación.

Si la rehabilitación tiene lugar antes del décimo aniversario de la fecha de emisión original, la prima requerida de rehabilitación será igual a la que sea menor entre las dos cantidades siguientes:

- a. la prima de rehabilitación, previamente definida; o
- b. la prima mínima mensual, multiplicada por el número de meses transcurridos desde la fecha de emisión original hasta la fecha de rehabilitación, más la cuantía de cualquier liquidación parcial anterior a la caducidad

de la póliza, más las primas mínimas mensuales correspondientes a dos meses adicionales, menos el total de las primas que se nos haya abonado con anterioridad a la caducidad de la póliza.

12.3. MONEDA

Se entenderá que en todas las transacciones con la póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de América. Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la póliza, el Tomador podrá pagar según el tipo de cambio de venta vigente del día en que realiza el pago en el banco o institución en que lo efectúe. Si el pago no se realiza en una entidad financiera, se aplicará el tipo de cambio de venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente para el día en que se realiza el pago.

12.4. NO PARTICIPACIÓN EN UTILIDADES

Esta póliza no tiene derecho de participación. El Tomador y/o Asegurado no participará en las utilidades ni en el superávit ganado por la Compañía.

12.5. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En aplicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N° 8653) y la Ley N° 8956, la información del Tomador del Seguro, Tomador de la Póliza, el Asegurado y el Beneficiario que haya sido suministrada a la Compañía en virtud del presente contrato, salvo la respectiva autorización, será tratada como confidencial y quedará protegida por el derecho de intimidad.

12.6. PREVENCIÓN DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Tomador de la Póliza, el Asegurado y el Beneficiario se obligan con la Compañía, a través del presente contrato, a manifestar información veraz y verificable, ya sea a través de formularios u otros documentos que solicite la Compañía, al inicio de este contrato o durante

su ejecución, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre la legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, según Ley N° 8204.

12.7. PRESCRIPCIÓN

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los cuatro (4) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

12.8. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956, Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor N° 7472, la normativa dictada por la Superintendencia General de Seguros, el Código de Comercio, el Código Civil y cualquier otra legislación de la República de Costa Rica que resulte de aplicación.

12.9. INDISPUTABILIDAD

El seguro provisto en esta póliza no podrá impugnarse en los siguientes aspectos:

1. con relación a la suma asegurada inicial, después de transcurrir dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza;
2. con relación a cada incremento en la suma asegurada, después de transcurrir dos años a partir de la fecha de efectividad de ese incremento;
3. con relación a cualquier rehabilitación de la suma asegurada, después de transcurrir dos años a partir de la fecha de efectividad de la rehabilitación.

Si impugnamos cualquier incremento en el beneficio por fallecimiento o en una rehabilitación, la impugnación se basará únicamente en la solicitud para el incremento o la rehabilitación.

Podremos impugnar la validez de cualquier aditamento incluido en la póliza de acuerdo a los términos del mismo.

En los casos de fraude, declaración falsa o inexacta de hechos y circunstancias conocidas por el Asegurado o Tomador no aplicará la indisputabilidad. En dichos casos aplicará lo estipulado en la cláusula sobre Nulidad del Contrato por declaración falsa o inexacta.

12.10. JURISDICCIÓN, ASUNTOS JURÍDICOS E IDIOMA

La exclusiva jurisdicción aplicable a cualquier asunto que se origine de esta Póliza, así como cualquier asunto relacionado con la Solicitud, declaraciones fácticas hechas y/o denegación de reclamaciones será la de los tribunales de la República de Costa Rica, con la exclusión de cualquier otra jurisdicción. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado cubierto por esta Póliza por este medio expresamente acuerdan someterse a juicio ante un juez de derecho en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza. No obstante, previo acuerdo podrá someter a un arbitraje de derecho cualquier asunto legal que surja directa o indirectamente de esta Póliza. La Compañía, el Tomador y/o el Asegurado además están de acuerdo en que cada una de las partes paguen sus propios gastos y honorarios de abogado. A todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el Español, aunque se le haya proporcionado al Tomador y/o al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, o de ningún otro documento emitido al respecto. Solamente un oficial autorizado de la

Compañía tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

CLÁUSULA 13.- INSTANCIA DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

La Compañía cuenta con una Instancia de Atención al Consumidor de Seguros. Este es un servicio auxiliar de seguros contratado por la Compañía para recibir, tramitar y resolver las quejas y reclamaciones que le sean presentadas por parte de consumidores de seguros, provenientes de las instancias operativas de la Compañía.

Esta instancia ejerce sus funciones con absoluta independencia de las instancias operativas de la Compañía, y sus resoluciones respecto de las quejas y reclamaciones sometidas a su conocimiento, serán dictadas con total imparcialidad y objetividad. En este proceso, tanto el consumidor como de los distintos departamentos y servicios de la Compañía, podrá recabar cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba consideren pertinentes para adoptar su decisión.

El Consumidor de Seguros podrá acceder a la Instancia de Atención al Consumidor de Seguros, mediante la página web de la Compañía, www.segurosbmcr.com.

CLÁUSULA 14.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Los datos específicos de las partes y terceros relevantes distintos a la Compañía constarán en la Página de Datos de la Póliza y/o en la Solicitud de Seguros.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-50-A10-761 de fecha 12 de julio de 2018”.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

ADITAMENTO SOBRE BENEFICIO ANTICIPADO

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Médico: se entenderá por una persona con formación universitaria en ciencias médicas debidamente colegiada y activa en el COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS de COSTA RICA. El médico no puede ser el asegurado, ni tampoco puede ser una persona emparentada con el asegurado ni que usualmente resida en el hogar o vivienda del asegurado.

Paciente en Fase Terminal: según indica la Ley 7756, Beneficios para los Responsables de Pacientes en Fase Terminal, en su Artículo 3, se considerarán en fase terminal los pacientes cuya expectativa de vida es igual o menor a seis meses.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Aditamento se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro del Tomador, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Compañía, este Aditamento, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Compañía los solicitare, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Compañía no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

2.1. BENEFICIO

Si la póliza ha estado vigente por lo menos dos años estando en vida el asegurado, pagaremos por adelantado al asegurado de póliza el cincuenta por ciento de la suma asegurada (excluyendo aditamentos), hasta un máximo de \$250,000.00 si se satisfacen las condiciones enumeradas abajo.

Si hubiese un beneficiario designado con carácter irrevocable, exigiremos constancia de su consentimiento antes de efectuar cualquier pago.

El beneficio anticipado bajo esta póliza se pagará independientemente de las pólizas que nuestra Compañía haya emitido para el mismo asegurado y que incluyan este aditamento. En el caso de haber más de una póliza que incluya este aditamento, al monto del beneficio anticipado que corresponda bajo esta póliza se le restará el monto pagado por el mismo beneficio bajo las otras pólizas o aditamentos emitidos por nosotros.

Si hay algún préstamo contra la póliza que aún no haya sido satisfecho, deduciremos el monto de dicho préstamo de la cantidad que sea pagadera bajo este aditamento. Tal préstamo será considerado como liquidado.

Siempre que la póliza esté vigente, al fallecimiento del asegurado, después del pago del beneficio anticipado, el beneficiario recibirá el saldo del beneficio correspondiente por concepto de fallecimiento que provee la póliza.

2.2. EXCLUSIONES

Este beneficio no cuenta con exclusiones.

CLÁUSULA 4.- DEDUCIBLES

No se aplica ningún deducible para este beneficio.

CLÁUSULA 5.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario de este Aditamento será el mismo Asegurado.

CLÁUSULA 6.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

Lo relacionado con la Obligaciones del Tomador y el Asegurado queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

CLÁUSULA 7.- PRIMA

El beneficio que provee este aditamento no conlleva pago de primas ni cargos mensuales.

CLÁUSULA 10.- RECARGOS Y DESCUENTOS APLICABLES

Lo relacionado con los Recargos y Descuentos Aplicables queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

CLÁUSULA 11.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

El derecho a recibir cualquier pago bajo este aditamento está sujeto a las siguientes condiciones:

1. que la póliza esté en vigor y no se encuentre en el período de gracia;
2. que la solicitud de pago sea presentada en nuestra Casa Matriz o en la sucursal, en forma de reclamación por escrito;
3. que sean aportadas por el asegurado las declaraciones, dictámenes médicos y la correspondiente documentación de respaldo del médico tratante del asegurado, indicando que por la naturaleza y gravedad de la condición del asegurado, éste se considera como un Paciente en Fase Terminal; según la definición incluida en el presente aditamento.
4. que la Compañía sea designada como beneficiario oneroso por una cantidad igual a la del pago del beneficio anticipado por concepto de fallecimiento. El resto de los beneficios por concepto de fallecimiento serán pagaderos al beneficiario designado después de ocurrir el fallecimiento del asegurado;
5. que el monto de cualquier préstamo contra la póliza no liquidado sea inferior a la

cantidad pagadera por concepto de este beneficio.

CLÁUSULA 12.- VIGENCIA

12.1. TERMINACIÓN

Este aditamento de beneficio anticipado terminará en la fecha en que ocurra la primera de las siguientes situaciones:

1. Caducidad, liquidación o terminación de esta póliza;
2. El pago del beneficio anticipado.

CLÁUSULA 13.- CONDICIONES VARIAS

13.1. MONEDA

Todos los montos a los cuales se hace referencia en este Aditamento y que se expresan en el tipo de moneda dólares (\$), corresponden a dólares de los Estados Unidos de América.

En todo lo no incluido en este Aditamento aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.

13.2. EXAMEN MEDICO






Nos reservamos el derecho de solicitar que, a costa nuestra, el asegurado sea examinado por uno o más médicos designados por nosotros, a fin de verificar el diagnóstico. También nos reservamos el derecho de requerir que el asegurado nos proporcione toda la documentación médica referente a la condición en que se basa la reclamación bajo esta cláusula.

“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 P14-50-A10-761 de fecha 12 de julio de 2018”.

COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A PAGO DE PRIMA ADICIONAL

VIGENTES SI APARECEN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES

<ul style="list-style-type: none">• Aditamento de Beneficio de Exoneración de Cargos Mensuales por Incapacidad Total	 Aditamento de Beneficio de Exoneración
<ul style="list-style-type: none">• Aditamento de Beneficio de Muerte Accidental	 Aditamento de Beneficio de Muerte
<ul style="list-style-type: none">• Aditamento de Renta Familiar	 Aditamento de Renta Familiar.docx
<ul style="list-style-type: none">• Aditamento de Seguro Adicional Sobre el Asegurado Principal	 Aditamento de Seguro Adicional Sobre el Asegurado Principal
<ul style="list-style-type: none">• Aditamento de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente	 Aditamento de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente