

Instituto Nacional de Seguros

Seguro Autoexpedible de Vida Plus en Colones

Código de producto: P14-23-A01-227
(Versión 4)

Fecha de registro V4: 13-dic-13

Fecha de registro oferta combinada: 20-oct-14

Oficio de solicitud de registro V4: G-05467-2013

Oficio de solicitud de registro oferta combinada: G-05801-2014

INDICE

| | |
|---|----|
| CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA | 3 |
| CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA | 3 |
| CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO | 3 |
| CLÁUSULA IV. DEFINICIONES | 3 |
| CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA | 4 |
| CLÁUSULA VI. COBERTURAS | 5 |
| CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA | 5 |
| CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD | 6 |
| CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS | 6 |
| CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA | 6 |
| CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION | 6 |
| CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA | 7 |
| CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA | 7 |
| CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE CARENCIA | 8 |
| CLÁUSULA XV. SUICIDIO | 8 |
| CLÁUSULA XVI. DISPUTABILIDAD | 8 |
| CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO | 8 |
| CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION | 10 |
| CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES | 10 |
| CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA | 11 |
| CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO | 12 |
| CLÁUSULA XXII. OMISION Y/O INEXACTITUD | 12 |
| CLÁUSULA XXIII. REPOSICIÓN DE PÓLIZA | 12 |
| CLÁUSULA XXIV. PRESCRIPCIÓN | 12 |
| CLÁUSULA XXV. TIPO DE CAMBIO | 12 |
| CLAUSULA XXVI. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS | 13 |
| CLÁUSULA XXVII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES | 13 |
| CLÁUSULA XXVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO | 13 |
| CLÁUSULA XXIX. COMUNICACIONES | 13 |
| CLAUSULA XXX. LEGISLACION APLICABLE | 13 |
| CLÁUSULA XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN | 13 |
| CLÁUSULA XXXII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS | 14 |

Acuerdo de Aseguramiento

El Instituto Nacional de Seguros, empresa aseguradora domiciliada en Costa Rica, cédula jurídica número 400000-1902-22, denominada en adelante el Instituto, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se estipulan, con base en la Oferta de Seguro, las cuales integran esta póliza.

Es una póliza Autoexpedible donde el Asegurado se asegura por cuenta propia.

En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) nombrado (s), el monto asegurado según la opción contratada en la Oferta de Seguro, al recibir prueba fehaciente de que la muerte del Asegurado, por causa accidental o no accidental, incapacidad total y permanente a causa de accidente, objeto de cobertura en esta póliza, le ocurrió al Asegurado durante la vigencia de la misma.

El inicio de cobertura para esta póliza será en la fecha de emisión del seguro, siempre que se realice el pago de la prima.

El presente producto cumple las características definidas en el Artículo 24 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Guillermo Vargas Roldán
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del Asegurado: la Oferta del Seguro y las Condiciones Generales.

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

El Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza respectiva.

El Instituto dispondrá de un plazo de 10 días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

CLÁUSULA IV. DEFINICIONES

- 1. Accidente:** Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada simultáneamente por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.
- 2. Asegurado:** Persona física que por cuenta propia contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Esta expuesta a los riesgos asegurados bajo este contrato, la cual asume los derechos y las obligaciones derivadas de este.
- 3. Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.
- 4. Beneficiario(s):** Persona física o Jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
- 5. Disputabilidad:** Cláusula que permite al Instituto investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la incapacidad o muerte de un Asegurado, antes de cumplir los diferentes plazos establecidos en las condiciones generales o particulares de las coberturas ofrecidas en la póliza.
- 6. Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.

AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS COLONES

7. Edad: Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.

8. Incapacidad Total y Permanente: Se entiende como incapacidad total y permanente la que cumpla con las siguientes condiciones:

Se produzca como consecuencia de un accidente originado en la vigencia de la póliza, y que el Asegurado sea declarado incapacitado total y permanentemente por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera el sesenta y siete (67) % o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual por medio de la cual genera ingresos.

Además de lo anterior, el Instituto reconocerá como incapacidad total y permanente los siguientes casos:

1. La pérdida completa e irrecuperable de la vista de ambos ojos.
2. La pérdida total y permanente, por amputación o enfermedad, de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.

9. Operador de Seguro Autoexpedible: Son Operadores de Seguro Autoexpedibles las personas jurídicas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora, a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

10. Período de Carencia: Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, durante el cual el reclamo no procede.

11. Período de Gracia: Es el período después de la fecha estipulada para el pago, durante la cual la prima puede ser pagada, sin recargo de intereses. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.

12. Pre-existencia: Cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.

13. Prima: Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.

14. Prima No Devengada: Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

15. Tomador: Sinónimo de Asegurado.

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

El Asegurado elegirá la suma asegurada para la cobertura básica entre las opciones que para tal efecto se señalan en la Oferta de Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de aseguramiento.

La suma de los montos asegurados en el cúmulo de la cobertura básica, no podrá superar los veinticinco millones de colones (¢25.000.000) por persona al momento de la contratación. El cúmulo de la cobertura básica se refiere a la

AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS COLONES

sumatoria de todas las sumas aseguradas en la misma cobertura básica de las pólizas de productos autoexpedibles.

Para ello el Instituto cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definido por el Instituto. Si eventualmente se emitiera la póliza, el Instituto tendrá la obligación de informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

CLÁUSULA VI. COBERTURAS

El Instituto indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan.

Esta póliza está conformada por la cobertura básica y las adicionales, por lo que las coberturas básica y adicionales no se pueden contratar por separado.

1. COBERTURA BASICA:

a. **Cobertura de Muerte No Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada, de acuerdo con la opción elegida en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa no accidental, objeto de cobertura en esta póliza.

2. COBERTURAS ADICIONALES:

a. **Cobertura de Muerte Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada de acuerdo con la opción elegida en la Oferta de Seguro, si el Asegurado

muere a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y en las condiciones indicadas en las mismas.

b. **Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:** Esta cobertura indemniza el monto suscrito, en caso de que el Asegurado sea incapacitado total y permanentemente, como consecuencia de un accidente, originado durante la vigencia de la póliza. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

c. **Cobertura Funeraria:** En caso de fallecimiento del Asegurado por causa accidental o no accidental, se otorgará una indemnización adicional a la cobertura básica, para cubrir los gastos funerarios, por el monto citado en la Oferta de Seguro.

No se reconocerá esta cobertura en los casos en que las coberturas de muerte accidental o no accidental no se amparen.

CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro autoexpedible, anual renovable.

Entrará en vigor en la fecha y hora indicadas en la Oferta de Seguro, siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

Para efectos de las coberturas en caso de muerte, esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, siendo que para la cobertura de incapacidad se mantiene activa por un período de trescientos sesenta y cinco

AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS COLONES

(365) días, contados a partir de la fecha del accidente cubierto y que dio origen incapacidad.

CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:

1. Tener 18 (dieciocho) años de edad o más.
2. Completar y firmar la Oferta de Seguro.

“En caso que el cliente ya se encuentre asegurado y supere los sesenta y cinco (65) años de edad podrá continuar cubierto siempre y cuando pague la prima según el rango de edad correspondiente indicado en el cuadro “Opciones de Aseguramiento” establecido en la Oferta de Seguro, esto a partir de la renovación anual de la póliza.”

CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS

El Asegurado deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de adquirir la póliza.

Mientras esta póliza esté en vigor, el (los) Asegurado (s) puede cambiar el (los) Beneficiario (s), mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que el Instituto suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención.

En caso de que algún Beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario (s) sobrevivientes por

partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado, el monto pagadero bajo esa póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

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 a la póliza 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima que se establece para esta póliza es la que se detalla en la Oferta de Seguro.

CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION

AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS COLONES

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, sin embargo el Asegurado puede elegir pagarla de forma mensual, de acuerdo con las primas vigentes a la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

Si el Asegurado elige una forma de pago diferente de la mensual obtendrá un descuento por pronto pago el cual se indica en la Oferta.

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

Si el Asegurado decide no mantener este seguro, deberá comunicarlo por escrito ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado o en cualquier Sede del Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación. En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso.

Si el Asegurado no solicita la cancelación con treinta (30) días naturales de anticipación, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Cuando corresponda la devolución de primas se calculará a prorrata deduciendo un veintiún (21%) por ciento por concepto de gastos administrativos, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

En caso de indemnización de conformidad con las coberturas de esta póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima anual,

se deducirán de la indemnización a pagar correspondiente a la cobertura básica

CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento del año-póliza, el Instituto informará al Asegurado las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Asegurado también podrá solicitar modificaciones en las condiciones establecidas en la oferta de seguro, mediante solicitud escrita enviada al Instituto, excepto que se trate de cambios en la Suma Asegurada. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación que entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación anual de la póliza.

En caso de que el Asegurado no efectúe la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia de la misma, quedando en este caso excluidos únicamente los siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto concederá al Asegurado un período de gracia de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima.

En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia indicado, la póliza quedará cancelada.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE CARENANCIA

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado muere a causa no accidental durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de emisión de esta póliza.

Este período de carencia no aplica en caso de muerte accidental.

CLÁUSULA XV. SUICIDIO

En los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza el Instituto no indemnizará si la muerte ocurre por causa de suicidio.

El período indicado inicia a partir de la fecha de formalización del contrato.

CLÁUSULA XVI. DISPUTABILIDAD

Este seguro será disputable si el Asegurado fallece por alguna de las enfermedades declaradas en la Oferta de Seguro. Las coberturas de este seguro no serán disputables después de un período de dos (2) años de la vigencia de su póliza.

Si en los primeros dos (2) años se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la emisión y el mismo ocurre antes de los plazos indicados, permite liberar al Instituto de su responsabilidad de pago.

El período indicado inicia a partir de la fecha de formalización del contrato.

CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado con el cual adquirió la póliza o en alguna Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

Para tal trámite el Instituto pone a disposición los siguientes medios de comunicación:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Fax: 2221-2294

Correo Electrónico: contactenos@ins-cr.com

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo.

Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado revisarán que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Sede del Instituto que corresponda, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS COLONES

Cuando el Instituto revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) según corresponda y al Operador de Seguros Autoexpedible o lintermediario de Seguros Autorizado.

Para el trámite de reclamos, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar, independientemente de la cobertura a afectar, los siguientes documentos:

1. Carta del Asegurado o del (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.

2. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.

3. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.

En adición a lo anterior, para las coberturas indicadas se deben presentar los siguientes documentos:

1. Cobertura de Muerte no Accidental

a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.

En caso de que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de

ocurrencia del deceso, debidamente consularizado.

2. Cobertura de Muerte Accidental

a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.

En caso de que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso, y la fotocopia completa del expediente judicial, ambos debidamente consularizados.

b. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

3. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por accidente:

a. Declaratoria oficial de incapacidad permanente, expedida por la Caja Costarricense del Seguro Social, Poder Judicial o en su defecto por el Instituto Nacional de Seguros en los casos relacionados con los Regímenes del Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles y aquellos casos residuales que no son atendidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Poder Judicial, donde indique el diagnóstico, la fecha exacta de la incapacidad y que la misma se otorga **NO SUJETA A REVISIÓN.**

b. Aportar los documentos probatorios de que se encontraba laborando permanentemente cuando se le otorgó la declaratoria médica de la incapacidad

total y permanente, puede ser cualquiera de los siguientes:

- Copia de la declaración anual del Impuesto de la Renta.
- Copia del contrato de servicios.
- Certificación expedida por el patrono.

4. Cobertura Funeraria:

- a. Certificado de declaración de defunción.
- b. En caso de que el fallecimiento, por causas accidentales o no accidentales, ocurra en el extranjero deberá presentarse el documento oficial mediante el cual se certifica la muerte, en el país de ocurrencia del deceso, debidamente consularizado.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.

Será responsabilidad del Instituto disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado o al (los) Beneficiarios.

En caso de indemnización por las coberturas de esta póliza, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima del año de esta póliza.

El Asegurado o Beneficiario (s) podrá (n) realizar el pago correspondiente en ese momento o en su defecto, éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION

El Instituto brindará respuesta mediante resolución motivada y escrita dentro de los treinta (30) días naturales contados a partir de la presentación de la reclamación que realice el Asegurado o el Beneficiario.

El Instituto efectuará el pago cuando corresponda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales

CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES

1. Para todas las coberturas:

Las indemnizaciones no se concederán si la muerte del Asegurado se debe a:

- a. La participación en **insurrección, guerra, terrorismo o acto atribuible a dichos eventos.**
- b. La participación en **motines, riñas o huelgas.**
- c. La **comisión o tentativa de delito doloso.**
- d. La **ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases, durante los primeros dos años.**
- e. La **participación como piloto o pasajero automóviles o vehículos en competencias de velocidad, resistencia o seguridad y accidentes de la navegación aérea o marítima, a no ser que el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves o**

AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS COLONES

embarcaciones de una línea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.

f. Los accidentes que sean provocados por el Asegurado como consecuencia de la ingesta de estupefacientes o drogas o bebidas alcohólicas. Para este último se considerará el estado de ebriedad según se defina en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento u orina.

g. Si la persona que reclama del importe de la póliza como beneficiario o heredero legítimo, fuere autora o cómplice de la causa o evento que origina la reclamación, declarada por sentencia judicial firme, perderá todo derecho a la indemnización.

2. Para la Cobertura de Muerte No Accidental:

a. No se cubrirá la muerte derivada de causas accidentales.

b. No se cubrirá la muerte no accidental si el Asegurado fallece durante el período de Carencia de esta póliza.

3. Para la Cobertura de Muerte Accidental

Las indemnizaciones no se concederán si la muerte del Asegurado se debe a:

a. Enfermedad física o mental.

b. El accidente ocurrido previo a la emisión de esta póliza.

c. La muerte derivada de causas no accidentales.

4. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente:

a. La fecha de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente es anterior a la emisión de la póliza; o bien, que al momento de producirse el aseguramiento el Asegurado se encuentre tramitando algún tipo de invalidez.

b. La Incapacidad Total y Permanente cesa o el Asegurado fallece, antes de recibir las pruebas satisfactorias de la incapacidad.

c. El Asegurado no se encuentre laborando de forma permanente y recibiendo remuneración a cambio de su trabajo.

5. Para la Cobertura Funeraria

No se reconocerá esta cobertura en los casos en que las coberturas de muerte accidental o no accidental no se amparen.

CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza finalizará automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

1. Finalice la vigencia de la póliza.

2. Finaliza 365 días naturales después del accidente cubierto o cuando se declare la incapacidad total y permanente a causa del accidente, lo que ocurra primero
3. Solicitud expresa del Asegurado.
4. Cuando se otorgue al Asegurado la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
5. Vencido el período de gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
6. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
7. Fallezca el Asegurado.

CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Asegurado o el(los) Beneficiario (s) puede (n) solicitar la revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto, o ante el Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. Cuando proceda el Operador de Seguros Autoexpedibles o Intermediario de Seguros Autorizado, remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida.

CLÁUSULA XXII. OMISION Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en que deliberadamente incurra el Asegurado o el Beneficiario, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración del siniestro.

Para los casos en que dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas y Procedimiento de Devolución. Si el pago de la prima es Mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

CLÁUSULA XXIII. REPOSICIÓN DE PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, Operador de Seguros Autoexpedibles o el Intermediario de Seguros Autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado.

CLÁUSULA XXIV. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA XXV. TIPO DE CAMBIO

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue tomada la

póliza, el Asegurado podrá pagar según el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

CLAUSULA XXVI. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltos a través de los diferentes medios establecidos en la Ley 7727 del 09/12/1997 sobre resolución Alternativa de Conflictos y promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

CLÁUSULA XXVII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLÁUSULA XXVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

Dirección anotada por el Asegurado en la Oferta de Seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

CLÁUSULA XXIX. COMUNICACIONES

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado en la Oferta de Seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto, al Operador de Seguros Autoexpedibles o Intermediario de Seguros Autorizado cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado.

CLAUSULA XXX. LEGISLACION APLICABLE.

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la

intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XXXII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA 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 P14-23-A01-227 V03 de fecha 05 de diciembre del 2012.

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|-------------------|
| DATOS ASEGURADO | NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE: | | NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: | |
| | OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES DEL INS | | Póliza de Seguro N°. | |
| | Vigencia: Desde: _____ | | Hasta: _____ | |
| | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombre Completo: | |
| | Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo | | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Célibe | |
| | N° de Identificación | Ocupación: | | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Nacionalidad: | |
| | Provincia: | Cantón: | Distrito: | |
| | Dirección Exacta: | | | |
| | Calle: | Avenida: | Otras señas: | Apartado postal: |
| | Teléfono Oficina: | | Teléfono Domicilio: | Teléfono Celular: |
| | Dirección Electrónica: | | Fax: | |

ASEGURADOS DEPENDIENTES PARA SEGURO AUTOEXPEDIBLE FUNERARIO PLUS P16-37-A01-045, SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-097 Y SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO P16-35-A01-130
DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES SOLO APLICA PARA EL SEGURO FUNERARIO PLUS, SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES Y SEGURO ONCOLÓGICO

| Nº | Apellidos | Nombre | Cédula | Parentesco | Porcentaje Participación | Teléfono de contacto |
|----|-----------|--------|--------|------------|--------------------------|----------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-097

Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no hemos sido diagnosticados de las siguientes enfermedades:

| | | |
|--|--|------------------------|
| 1- Enfermedad del corazón por presión alta | 5- Tumores malignos o cáncer | 9- Insuficiencia Renal |
| 2- Infarto del Miocardio | 6- SIDA | 10- Cirrosis Hepática |
| 3- Derrame Cerebral | 7- Infecciones por el virus VIH (SIDA) | |
| 4- Diabetes Mellitus | 8- Bronquitis crónica o enfisema | |

En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. En caso de que se presente un siniestro por esta póliza a consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso este contrato será nulo, Si la enfermedad es posterior a la emisión de este seguro las coberturas por fallecimiento estarán cubiertas.

Definición de preexistencia: Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido: a. Diagnosticada por un médico; o b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas y que sea demostrable en la histórica médica del asegurado.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

Para determinar la prima anual de cada uno de los seguros indicados en esta oferta se deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-097
Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Enfermedades Graves P16-35-A01-097

| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica | Coberturas Adicionales | | Nº Asegurados | Prima Mensual Individual | | Prima Mensual Grupo Familiar |
|--|---|------------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave | Muerte | Renta Diaria por Hospitalización | | De 18 a menores de 65 años | De 65 y más años de edad | |
| | ¢2,500,000 | ¢875,000 | ¢50,000 | | ¢2,701 | ¢13,963 | |
| | ¢5,000,000 | ¢1,750,000 | ¢50,000 | | ¢4,852 | ¢25,120 | |
| | ¢10,000,000 | ¢3,500,000 | ¢50,000 | | ¢9,154 | ¢47,436 | |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro SÍ NO El cliente no está obligado a adquirir todos los productos indicados en esta oferta, solamente los que sean de su interés.

DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO P16-35-A01-130

Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no padecemos ni hemos padecido de cáncer o tumor maligno y que no estamos siendo estudiados ni esperando resultados por la enfermedades mencionadas

En caso de que se presente un siniestro por esta póliza, a consecuencia de las enfermedades anteriores, autorizo al Instituto a realizar la revisión de expedientes clínicos y la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso el contrato será nulo.

Definición de preexistencia: Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido: a. Diagnosticada por un médico; o b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas y que sea demostrable en la histórica médica del asegurado.

| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO P16-35-A01-130 | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|---------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Oncológico P16-35-A01-130 | | | | | | | | |
| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica | Coberturas Adicionales | | | N° Asegurados | Prima Mensual Individual | | Prima Mensual Grupo Familiar |
| | Indemnización por Diagnóstico de Cáncer | Indemnización Adicional por Diagnóstico de Cáncer de Género | Indemnización Adicional por Muerte | Renta por Hospitalización | | De 18 a menores de 65 años | De 65 a más años de edad | |
| | ¢2,500,000 | ¢625,000 | ¢750,000 | ¢50,000 | | ¢1,735 | ¢8,446 | |
| | ¢5,000,000 | ¢1,250,000 | ¢1,500,000 | ¢50,000 | | ¢3,044 | ¢15,176 | |
| | ¢10,000,000 | ¢2,500,000 | ¢3,000,000 | ¢50,000 | | ¢5,664 | ¢28,636 | |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro Sí No El cliente no está obligado a adquirir todos los productos indicados en esta oferta, solamente los que sean de su interés.

| DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS P14-23-A01-227 Y VIDA RENTA P14-23-A01-061 | | |
|---|--|------------------------|
| Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no hemos sido diagnosticados de las siguientes enfermedades: | | |
| 1- Enfermedad del corazón por presión alta | 5- Tumores malignos o cáncer | 9- Insuficiencia Renal |
| 2- Infarto del Miocardio | 6- SIDA | 10- Cirrosis Hepática |
| 3- Derrame Cerebral | 7- Infecciones por el virus VIH (SIDA) | |
| 4- Diabetes Mellitus | 8- Bronquitis crónica o enfisema | |
| En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. En caso de que se presente un siniestro por esta póliza a consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso este contrato será nulo, Si la enfermedad es posterior a la emisión de este seguro las coberturas por fallecimiento estarán cubiertas. | | |
| Preexistencia: Se considera pre-existencia cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha del seguro. | | |

| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS P14-23-A01-227 | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|---|------------|------------------------------------|--------------------------|
| Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Vida Plus P14-23-A01-227 | | | | | | |
| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica | Coberturas Adicionales | | | Primas Mensuales | |
| | Muerte No Accidental | Muerte Accidental | Incapacidad total y permanente a causa de accidente | Funerario | De 18 a menores de 65 años de edad | De 65 y más años de edad |
| | ¢5,000,000 | ¢10,000,000 | ¢5,000,000 | ¢850,000 | ¢4,335 | ¢123,346 |
| | ¢10,000,000 | ¢20,000,000 | ¢10,000,000 | ¢850,000 | ¢8,194 | ¢236,545 |
| | ¢15,000,000 | ¢30,000,000 | ¢15,000,000 | ¢1,000,000 | ¢12,125 | ¢351,535 |
| | ¢20,000,000 | ¢40,000,000 | ¢20,000,000 | ¢1,000,000 | ¢15,964 | ¢464,735 |
| | ¢25,000,000 | ¢50,000,000 | ¢25,000,000 | ¢1,250,000 | ¢19,955 | ¢580,919 |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro Sí No El cliente no está obligado a adquirir todos los productos indicados en esta oferta, solamente los que sean de su interés.

| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA RENTA P14-23-A01-061 | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|---------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|---------------|------------------------------------|--------------------------|----------|
| Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Autoexpedible Vida Renta P14-23-A01-061 | | | | | | | | | | | |
| Marque con "X" la opción a contratar | Cantidad de años a indemnizar | PLAN A | | | | Marque con "X" la opción a contratar | PLAN B | | | | |
| | | Coberturas | | Prima Mensual | | | Coberturas | | Prima Mensual | | |
| | | Básica | Adicional | De 18 a menores de 65 años de edad | De 65 a más años de edad | | Básica | Adicional | De 18 a menores de 65 años de edad | De 65 y más años de edad | |
| | | Muerte Accidental y Muerte no Accidental | Renta Mensual | | | | Muerte Accidental o Incapacidad Permanente | Renta Mensual | | | |
| | 3 años | ¢500,000 | ¢50,000 | ¢2,057 | ¢30,305 | | 3 años | ¢500,000 | ¢50,000 | ¢726 | ¢24,577 |
| | 3 años | ¢1,000,000 | ¢100,000 | ¢4,115 | ¢60,611 | | 3 años | ¢1,000,000 | ¢100,000 | ¢1,451 | ¢49,154 |
| | 3 años | ¢2,000,000 | ¢200,000 | ¢8,229 | ¢121,221 | | 3 años | ¢2,000,000 | ¢200,000 | ¢2,902 | ¢98,307 |
| | 5 años | ¢500,000 | ¢100,000 | ¢5,154 | ¢78,652 | | 5 años | ¢500,000 | ¢100,000 | ¢1,689 | ¢63,747 |
| | 5 años | ¢1,000,000 | ¢150,000 | ¢7,936 | ¢121,526 | | 5 años | ¢1,000,000 | ¢150,000 | ¢2,580 | ¢98,490 |
| | 5 años | ¢2,000,000 | ¢250,000 | ¢13,499 | ¢207,273 | | 5 años | ¢2,000,000 | ¢250,000 | ¢4,363 | ¢167,977 |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro Sí No El cliente no está obligado a adquirir todos los productos indicados en esta oferta, solamente los que sean de su interés.

| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE FUNERARIO PLUS P16-37-A01-045 | | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Autoexpedible Funerario Plus P16-37-A01-045 | | | | | | |
| Marque la Opción a Elegir | Coberturas | | Opción de Aseguramiento Familiar | Prima Mensual (Individual) | | Prima Mensual Grupo Familiar |
| | Funerario por Muerte No Accidental | Funerario Muerte Accidental | N° de Asegurados | De 18 a menores de 65 años | De 65 y más años de edad | |
| | | | | | | |
| | ¢600,000 | ¢1,200,000 | | ¢573 | ¢10,763 | |
| | ¢900,000 | ¢1,800,000 | | ¢860 | ¢16,144 | |
| | ¢1,800,000 | ¢3,600,000 | | ¢1,720 | ¢32,289 | |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro Sí No El cliente no está obligado a adquirir todos los productos indicados en esta oferta, solamente los que sean de su interés.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE COMPRENSIVO DE ACCIDENTES P16-33-A01-036

Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Comprensivo de Accidentes P16-33-A01-036

| Marque con "X" la opción a contratar | Cobertura Básica | Coberturas Adicionales | | | | | Prima Mensual | |
|--------------------------------------|-------------------|--|---------|-----------------------|-----------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| | Muerte Accidental | Indemnización por Muerte Accidental a causa de Accidente de Tránsito | PAR | Beneficio Educacional | Funerario | Desamparo Súbito Familiar | De 18 a menores de 65 años de edad | De 65 y más años de edad |
| | ¢2,500,000 | ¢2,500,000 | ¢50,000 | ¢50,000 | ¢750,000 | ¢15,000,000 | ¢531 | ¢1,258 |
| | ¢5,000,000 | ¢5,000,000 | ¢50,000 | ¢50,000 | ¢750,000 | ¢15,000,000 | ¢849 | ¢1,942 |
| | ¢10,000,000 | ¢10,000,000 | ¢50,000 | ¢50,000 | ¢750,000 | ¢15,000,000 | ¢1,487 | ¢3,310 |

Firma del Asegurado _____ Acepto suscribir este seguro Sí No **El cliente no está obligado a adquirir todos los productos indicados en esta oferta, solamente los que sean de su interés.**

DETALLE DE BENEFICIARIOS

| BENEFICIARIOS | Nº | Apellidos | Nombre | Nº Documento de Identificación | Parentesco | Porcentaje Participación | Teléfono de contacto | |
|---------------|----|-----------|--------|--------------------------------|------------|--------------------------|----------------------|--|
| | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | |

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 seguros 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO

El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios: (Marque con "X" según el medio de pago).

Cuenta de Ahorros Cuenta Corriente Efectivo Planillas Otros Servicios Agua Luz Teléfono Cable Tarjeta Débito Tarjeta Crédito

Nombre: _____ Tipo de Tarjeta: Visa MasterCard

Número de tarjeta o cuenta: _____ Fecha de vencimiento: _____

Moneda: Colones Forma de pago de la (s) prima (s) del (los) Seguro (s): Mensual

Número de Póliza (s): _____ Monto a cargar: _____ El cargo será a partir de: _____

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros www.ins-cr.com. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado: _____


El presente producto cumple las características definidas en el artículo 24.- Seguros Autoexpedibles y artículo 42 -Registros Obligatorios-, inciso a), el Anexo 15 -Registro de Pólizas tipo- y el artículo 47 -Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles del Instituto Nacional de Seguros, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización A01.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: **Enfermedades Graves Colones:** el registro número P-16-35-A01-097 de fecha 08 de enero del 2014. **Funerario Plus Colones:** registro número P16-37-A01-045 de fecha 20 de diciembre del 2013. **Vida Renta:** registro número P14-23-A01-061 de fecha 23 de marzo del 2014. **Oncológico Colones:** el registro número P-16-35-A01-130 de fecha 08 de enero del 2014. **Vida Plus Colones:** registro P.14-23-A01-227 de fecha 13 de diciembre del 2013. **Comprensivo de Accidentes en Colones:** registro P.16-33-A01-036 de fecha 02 de diciembre del 2013.

Usted puede retractarse de la contratación realizada sin costo comunicándolo por escrito, a más tardar 5 días hábiles después de adquirir la póliza de seguro, en el establecimiento que adquirió el producto o presentándose a cualquiera de las Sedes del Instituto Nacional de Seguros.

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS (800-8353467), página Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos (contactenos@ins-cr.com) o con su Agente u Operador de Seguros.

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| _____ | _____ | _____ | INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  Guillermo Vargas Roldán Gerente General Cédula Jurídica 400000-1902-22 |
| NOMBRE DEL ASEGURADO | CEDULA DEL ASEGURADO | FIRMA DEL ASEGURADO | |
| RAZÓN SOCIAL DEL OPERADOR | CEDULA JURÍDICA DEL OPERADOR | NÚMERO DE REGISTRO DE OPERADOR | |
| _____ | _____ | _____ | |
| NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | CÉDULA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | FIRMA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | |

| | | | | |
|------------------------|--|--|--|-------------------|
| DATOS ASEGURADO | NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE: | | NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA: | |
| | OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES DEL INS | | Póliza de Seguro N°. | |
| | Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____ | | | |
| | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombre Completo: | |
| | Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo | | | Estado Civil: |
| | N° de Identificación | Ocupación: | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) | |
| | | | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Célibe | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Nacionalidad: | |
| | Provincia: | Cantón: | Distrito: | |
| | Dirección Exacta: | | | |
| | Calle: | Avenida: | Otras señas: | Apartado postal: |
| | Teléfono Oficina: | | Teléfono Domicilio: | Teléfono Celular: |
| Dirección Electrónica: | | | Fax: | |

ASEGURADOS DEPENDIENTES PARA SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-097

DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES SOLO APLICA PARA EL SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

| Nº | Apellidos | Nombre | Cédula | Parentesco | Porcentaje Participación | Teléfono de contacto |
|----|-----------|--------|--------|------------|--------------------------|----------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-097 Y VIDA PLUS P14-23-A01-227

Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no hemos sido diagnosticados de las siguientes enfermedades:

- | | | |
|--|--|------------------------|
| 1- Enfermedad del corazón por presión alta | 5- Tumores malignos o cáncer | 9- Insuficiencia Renal |
| 2- Infarto del Miocardio | 6- SIDA | 10- Cirrosis Hepática |
| 3- Derrame Cerebral | 7- Infecciones por el virus VIH (SIDA) | |
| 4- Diabetes Mellitus | 8- Bronquitis crónica o enfisema | |

En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. En caso de que se presente un siniestro por esta póliza a consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso este contrato será nulo, Si la enfermedad es posterior a la emisión de este seguro las coberturas por fallecimiento estarán cubiertas.

Definición de preexistencia: Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido: a. Diagnosticada por un médico; o b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas y que sea demostrable en la histórica médica del asegurado.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

Para determinar la prima anual de cada uno de los seguros indicados en esta oferta se deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-097

Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Enfermedades Graves P16-35-A01-097

| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica | Coberturas Adicionales | | Nº Asegurados | Prima Mensual Individual | | Prima Mensual Grupo Familiar |
|--|---|------------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave | Muerte | Renta Diaria por Hospitalización | | De 18 a menores de 65 años | De 65 y más años de edad | |
| | ¢2,500,000 | ¢875,000 | ¢50,000 | | ¢2,701 | ¢13,963 | |
| | ¢5,000,000 | ¢1,750,000 | ¢50,000 | | ¢4,852 | ¢25,120 | |
| | ¢10,000,000 | ¢3,500,000 | ¢50,000 | | ¢9,154 | ¢47,436 | |

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS P14-23-A01-227

Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Vida Plus P14-23-A01-227

| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica | | Coberturas Adicionales | | Primas Mensuales | |
|--|----------------------|-------------------|---|------------|------------------------------------|--------------------------|
| | Muerte No Accidental | Muerte Accidental | Incapacidad total y permanente a causa de accidente | Funerario | De 18 a menores de 65 años de edad | De 65 y más años de edad |
| | ¢5,000,000 | ¢10,000,000 | ¢5,000,000 | ¢850,000 | ¢4,335 | ¢123,346 |
| | ¢10,000,000 | ¢20,000,000 | ¢10,000,000 | ¢850,000 | ¢8,194 | ¢236,545 |
| | ¢15,000,000 | ¢30,000,000 | ¢15,000,000 | ¢1,000,000 | ¢12,125 | ¢351,535 |
| | ¢20,000,000 | ¢40,000,000 | ¢20,000,000 | ¢1,000,000 | ¢15,964 | ¢464,735 |
| | ¢25,000,000 | ¢50,000,000 | ¢25,000,000 | ¢1,250,000 | ¢19,955 | ¢580,919 |

DETALLE DE BENEFICIARIOS

| BENEFICIARIOS | Nº | Apellidos | Nombre | Nº Documento de Identificación | Parentesco | Porcentaje Participación | Teléfono de contacto | |
|---------------|----|-----------|--------|--------------------------------|------------|--------------------------|----------------------|--|
| | 1 | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | |
| | 4 | | | | | | | |
| | 5 | | | | | | | |

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 seguros 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO

El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios:(Marque con "X" según el medio de pago).

Cuenta de Ahorros Cuenta Corriente Efectivo Planillas Otros Servicios Agua Luz Teléfono Cable Tarjeta Débito Tarjeta Crédito

Nombre: _____ Tipo de Tarjeta: Visa MasterCard

Número de tarjeta o cuenta: _____ Fecha de vencimiento: _____

Moneda: Colones Forma de pago de la (s) prima (s) del (los) Seguro (s): Mensual

Número de Póliza (s): _____ Monto a cargar: _____ El cargo será a partir de: _____

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros www.ins-cr.com. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.


El presente producto cumple las características definidas en el artículo 24.- Seguros Autoexpedibles y artículo 42 -Registros Obligatorios-, inciso a), el Anexo 15 -Registro de Pólizas tipo- y el artículo 47 -Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles del Instituto Nacional de Seguros, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización A01.

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: **Enfermedades Graves Colones:** el registro número P-16-35-A01-097 de fecha 08 de enero del 2014. **Vida Plus Colones:** registro P.14-23-A01-227 de fecha 13 de diciembre del 2013.

Usted puede retractarse de la contratación realizada sin costo comunicándolo por escrito, a más tardar 5 días hábiles después de adquirir la póliza de seguro, en el establecimiento que adquirió el producto o presentándose a cualquiera de las Sedes del Instituto Nacional de Seguros.

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS (800-8353467), página Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos (contactenos@ins-cr.com) o con su Agente u Operador de Seguros.

| | | | |
|---|---|--|--|
| _____ NOMBRE DEL ASEGURADO | _____ CEDULA DEL ASEGURADO | _____ FIRMA DEL ASEGURADO | INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  Guillermo Vargas Roldán Gerente General Cédula Jurídica 400000-1902-22 |
| _____ RAZÓN SOCIAL DEL OPERADOR | _____ CEDULA JURÍDICA DEL OPERADOR | _____ NÚMERO DE REGISTRO DE OPERADOR | |
| _____ NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | _____ CÉDULA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | _____ FIRMA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | |