

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible Vida Planilla Dólares

**Código de producto: P14-26-A01-077  
(Versión 4)**

**Fecha de registro V4: 03-ene-14**

**Oficio de solicitud de registro V4: G-06169-2013**

**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 .....	5
CLÁUSULA VI. COBERTURAS .....	5
CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	7
CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD .....	7
CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS .....	8
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA .....	8
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION .	8
CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA .....	9
CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA .....	9
CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE CARENCIA .....	10
CLÁUSULA XV. SUICIDIO .....	10
CLÁUSULA XVI. DISPUTABILIDAD .....	10
CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	10
CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION .....	13
CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES .....	13
CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	16
CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	16
CLÁUSULA XXII. OMISION Y/O INEXACTITUD .....	16
CLÁUSULA XXIII. REPOSICIÓN DE PÓLIZA .....	17
CLÁUSULA XXIV. PRESCRIPCIÓN .....	17
CLÁUSULA XXV. TIPO DE CAMBIO .....	17
CLÁUSULA XXVI. LEGISLACION APLICABLE .....	17
CLAUSULA XXVII. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS .....	17
CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	17
CLÁUSULA XXIX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	17
CLÁUSULA XXX. COMUNICACIONES .....	18
CLÁUSULA XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	18
CLÁUSULA XXXII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS .....	18

### **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, el diagnóstico de la enfermedad grave, transplante de órganos y tejidos, o desamparo súbito familiar, 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 cinco (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 diez (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. Accidente cerebrovascular (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a veinticuatro (24) horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de quince (15) días. Son objeto de cobertura en esta póliza los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal:

**3. Asegurado:** Persona física que, por cuenta propia contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Está expuesto a los riesgos asegurados bajo este contrato y asume los derechos y las obligaciones derivadas de este.

**4. Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.

**5. Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.

**6. Cáncer:** Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento

incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer.

**7. Coacción:** Fuerza o violencia que obra sobre el ánimo y la libertad de una persona. Puede ser física o moral.

**8. Conviviente:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.

**9. 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.

**10. Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.

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

**12. Enfermedad grave:** Se entiende como tal, aquel diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el Asegurado padece una enfermedad grave. Para efectos de este contrato, enfermedades graves son:

- Cáncer
- Accidente Cerebro Vascular
- Insuficiencia renal
- Infarto miocardio

## **AUTOEXPEDIBLE VIDA PLANILLA DÓLARES**

**13. Incapacidad Total y Permanente por accidente:** Se entiende como incapacidad total y permanente la que cumpla con las siguientes condiciones:

- a) 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 por ciento (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 irrecorable 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.

**14. Infarto al miocardio:** Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios:

- a. Cambios agudos en el electrocardiograma.
- b. Elevación de las enzimas cardíacas.

**15. Insuficiencia Renal:** Definida como la insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.

**16. 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.

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

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

**19. 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.

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

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

**22. Tomador:** Sinónimo de Asegurado.

## **CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA**

El Asegurado elegirá la suma asegurada para las coberturas básicas 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 cincuenta mil dólares (US\$50.000,00) por persona al momento de la contratación. El cúmulo de la cobertura básica se refiere a la 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 naturales.

## **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 las coberturas básicas y las adicionales, por lo que las coberturas adicionales no se pueden contratar por separado.

## **1. COBERTURAS BASICAS:**

### **a. Cobertura de Muerte No Accidental:**

El Instituto indemnizará la suma asegurada al (los) Beneficiario(s) según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causas no accidentales.

### **b. Cobertura por Muerte Accidental:**

El Instituto indemnizará la suma asegurada al (los) Beneficiario(s) según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causas accidentales.

### **c. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente:**

El Instituto indemnizará la suma asegurada, según el plan elegido por el Asegurado en la Oferta de Seguro, en caso de que el Asegurado sea incapacitado total y permanentemente, como consecuencia de un accidente en las condiciones indicadas más adelante, ocurrido dentro del período de vigencia.

La cobertura opera si la declaración de Incapacidad se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por la póliza, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

El pago de indemnización por esta cobertura es excluyente respecto a las coberturas de muerte accidental y muerte no accidental. No obstante, en

caso de que se otorgue esta cobertura, las coberturas adicionales de Trasplante de Órganos y Tejidos, Funeraria y Desamparo Familiar Súbito, seguirán vigentes hasta extinguirse las condiciones en que operan.

Se considera como siniestro la Incapacidad Total y Permanente a partir de la fecha de declaratoria oficial de incapacidad total y 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.**

## **2. COBERTURAS ADICIONALES:**

### **a. Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave:**

El Instituto indemnizará la suma asegurada elegida en la Oferta de Seguro, en caso de que el Asegurado haya sido diagnosticado por primera vez, durante la vigencia de la póliza con alguna de las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer
- Accidente Cerebro Vascular
- Insuficiencia renal
- Infarto al miocardio

Esta cobertura opera con la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado.

Esta cobertura opera una única vez, es independiente dado que no requiere que operen las coberturas básicas y es complementaria a las demás coberturas adicionales.

**b. Trasplante de Órganos y Tejidos:**

El Instituto indemnizará la suma asegurada elegida en la Oferta de Seguro por el Asegurado, cuando se presente un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista, indicando que debe someterse a un trasplante de los siguientes órganos o tejidos: corazón, pulmones, páncreas, riñón, hígado, córnea y médula y debe cumplir con los requisitos que se indican en la cláusula de Procedimiento en caso de Siniestro.

Esta cobertura opera una única vez y por un solo trasplante de los mencionados en esta póliza.

Esta cobertura es independiente de las coberturas básicas y es complementaria a las demás coberturas adicionales.

Esta cobertura opera con la presentación del diagnóstico del médico que asistió al Asegurado y la documentación que demuestre la necesidad del trasplante.

**c. Cobertura Funeraria:**

El Instituto indemnizará al (los) Beneficiario (s) la suma asegurada elegida en la Oferta de Seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado por causa accidental o no accidental.

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

**d. Desamparo Súbito Familiar (DSF):**

Esta cobertura entrará en vigor en caso de que el Asegurado y su cónyuge o conviviente fallezcan en un mismo accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza. Se otorgará la suma asegurada según el plan elegido en la Oferta de Seguro, siempre y cuando el fallecimiento de ambos ocurra en el término de setenta y dos (72) horas posteriores al accidente. Esta cobertura no tiene costo para el Asegurado

**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 se haya pagado la prima estipulada.

Para efectos de todas las coberturas esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, excepto para la cobertura de incapacidad que se mantiene activa por un período de trescientos sesenta y cinco (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 de esta póliza deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:



1. Tener dieciocho (18) 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 Asegurado 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 o Beneficiarios 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 de éste, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

#### **Advertencia:**

En el caso de que se desee nombrar Beneficiario un menor 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 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**

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 o bien en fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a 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 veintidós (22%) por ciento por concepto de gastos administrativos, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

#### **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, las cuales se incluirán vía addendum. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Asegurado también podrá solicitar modificaciones en las condiciones indicadas en la Oferta póliza, 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 del mes.

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

Si durante el período de gracia llegaron 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 CARENCIA**

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado es diagnosticado o muere por enfermedad grave o requiera someterse a un trasplante 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 cualquier indemnización, el Asegurado el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado con el cual adquirió la póliza, también podrá presentarlos en cualquier 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](mailto: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 Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado revisará 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.

**1. Para el trámite de reclamos, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar, independientemente de la**

**cobertura a afectar, los siguientes documentos:**

- a. Carta del Asegurado o del (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. 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.
- c. 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:

**2. Para la 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.
- b. 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.

**3. Para la Cobertura de Muerte Accidental:**

- a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil,

**AUTOEXPEDIBLE VIDA PLANILLA DÓLARES**

donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.

- b. 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.
- c. 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.

**4. Para la 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.

**5. Para la cobertura de Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave y trasplante de órganos y tejidos:**

Para que la solicitud de indemnización sea considerada como válida, se requiere: la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir:

- a. Estudios clínicos.
- b. Estudios radiológicos.
- c. Estudios histológicos, y/o de laboratorio.
- d. Diagnóstico e informe del médico tratante que indique la necesidad del trasplante.

**6. Para la 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.

**7. Para la Cobertura de Desamparo Súbito Familiar (DSF):**

- a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, del Asegurado y su cónyuge o conviviente, donde se especifique la causa de la defunción, en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.
- b. Constancia de matrimonio del Asegurado en caso de ser casado y los documentos probatorios de la convivencia en caso de unión libre.
- c. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.
- d. 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.

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.

### **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 (los) Beneficiario(s).

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. Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en coacción con aquel.
- b. El servicio en las fuerzas armadas de cualquier organización nacional o internacional o resultante de un estado de guerra declarado o no, motines, alborotos populares, rebelión o insurrección en los que participe el Asegurado.
- c. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o el acto atribuible a dichos eventos.
- d. La participación en motines, riñas o huelgas.

e. La comisión o tentativa de delito doloso.

f. Si la persona que reclama el 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.

g. La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases, durante los primeros dos años.

h. La participación como piloto o pasajero en algún 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 embarcaciones de una línea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.

i. Los accidentes en los cuales el Asegurado sea sujeto activo causante del mismo y se encuentre bajo los efectos 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 y orina.

#### **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 a consecuencia de una enfermedad diagnosticada 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 declaratoria de incapacidad es otorgada posterior a los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la ocurrencia de la enfermedad o accidente cubierto por esta póliza.
  - c. La Incapacidad Total y Permanente cesa o el Asegurado fallece, antes de recibir las pruebas
- satisfactorias de la incapacidad.
- d. El Asegurado no se encuentre laborando de forma permanente y recibiendo una remuneración a cambio de su trabajo.
5. Para la Cobertura de Indemnización por el Primer Diagnóstico de enfermedad grave:
- a. La enfermedad grave cubierta es diagnosticada durante el período de carencia.
  - b. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
  - c. La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad grave cubierta por esta póliza.
  - d. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
  - e. Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera

- que sea su etapa de desarrollo.
- f. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.
  - g. Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
  - h. El cáncer por expansión metastásica o recurrencia.
  - i. Se excluyen los siguientes tumores:
    - i. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
    - ii. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
    - iii. Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.
    - iv. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
  - v. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor.
  - vi. Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
  - j. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
6. Para la Cobertura de Transplante de Órganos y Tejidos:
- a. Transplantes que no correspondan a los órganos y tejidos cubiertos, según lo descrito en esta póliza.
  - b. Los transplantes considerados como experimentales o investigativas.
  - c. Cuando el órgano o tejido a transplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.
7. Para la Cobertura Funeraria
- No se reconocerá esta cobertura en los casos en que las coberturas básicas de muerte accidental o no accidental no se amparen.



**8. Para la Cobertura de Desamparo Súbito Familiar.**

Las indemnizaciones no se concederán si:

- a. Fallece sólo el Asegurado o sólo el cónyuge o conviviente del Asegurado.
- b. Fallecimiento del Asegurado y de su cónyuge o conviviente en diferentes accidentes.
- c. Esta cobertura no opera cuando el fallecimiento del Asegurado, o su cónyuge o conviviente ocurre posterior a las 72 horas de ocurrido el accidente.

**CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

1. Solicitud expresa del Asegurado.
2. Vencido el período de gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
3. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
4. Fallezca el Asegurado.
5. 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
6. Finalice la vigencia de la póliza.

**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 Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. Cuando proceda el Operador de Seguro Autoexpedible 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 dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de la prima total, 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, el Operador de Seguro Autoexpedible 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 cuatro (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.

### **CLÁUSULA XXVI. 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.

### **CLAUSULA XXVII. 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 XXVIII. 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 los Asegurados incumplan 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 XXIX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

### **CLÁUSULA XXX. COMUNICACIONES**

Cualquier 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 Seguro Autoexpedible 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.

### **CLÁUSULA XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La información que sea suministrada en 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 de los Asegurados 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 P14-26-A01-077 V04 de fecha 30 de setiembre del 2013.

<b>DATOS DEL ASEGURADO/TOMADOR</b>	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 trabajo				Estado Civil:	
	N° de Identificación				Ocupación:	
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidad:	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
	Dirección exacta:					
	Apartado Postal:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:	
	Dirección Electrónica:				Fax:	

<b>DECLARACIONES</b>	<p><b>Declaro no padecer o haber padecido de alguna de las siguientes enfermedades:</b></p> <p>1- Enfermedad del corazón por presión alta    5-Tumores malignos o cáncer    9- Insuficiencia Renal    12-Enfermedades de la sangre.          2-Infarto de Miocardio    6-SIDA    10-Cirrosis Hepática    13- Pérdida de peso sin justificación          3-Derrame Cerebral    7-Infecciones por el virus VIH (SIDA)    11- Queratocono          4-Diabetes Mellitus    8-Bronquitis crónica o enfisema</p>
	<p>En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. Si el fallecimiento es 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.</p>
	<p><b>Definiciones:</b>  <b>Queratocono:</b> enfermedad de los ojos que se asocia con una córnea en forma de cono  <b>Preexistencia:</b> Se considera pre-existente 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.</p>

<b>NOTIFICACIONES</b>	<p>Señale el medio por el cual desea ser notificado.</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____</p>
	<p>Recuerde mantener actualizados sus datos.</p>

<b>OPCIONES DE ASEGURAMIENTO</b>	Marque con X la opción a contratar	Cobertura Básica	Coberturas Adicionales					Prima Mensual		
		Muerte No Accidental	Muerte Accidental	Incapacidad Total y Permanente por Accidente	Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave	Transplante de Órganos y Tejidos	Cobertura Funeraria	Desamparo Súbito Familiar	Menores de 65 años edad	De 65 y más años de edad
		\$5.000	\$10.000	\$10.000	\$1.000	\$1.750	\$750	\$1.750	\$7,6	\$247,2
		\$10.000	\$20.000	\$20.000	\$2.000	\$3.500	\$1.500	\$3.500	\$15,1	\$494,5
		\$20.000	\$40.000	\$40.000	\$4.000	\$7.000	\$3.000	\$7.000	\$30,3	\$989,0

Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.

<b>BENEFICIARIOS</b>	<p><b>Advertencia:</b> 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 un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.</p>						
	N°	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje Participación	Teléfono de contacto
	1						
	2						
	3						

**AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMATICO**

**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  Planillas  Otros Servicios  Agua  Cable  Luz  Teléfono  Tarjeta Débito  Tarjeta Crédito

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de Tarjeta:  Visa  MasterCard

Número de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Moneda:  Dólares Forma de pago de la prima del Seguro:  Mensual  Anual

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ 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](http://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 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 P14-26-A01-077- V4 30 de setiembre 2013.**

El Asegurado tiene 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 cinco días hábiles, contado a partir de la fecha de adquisición de la 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. El Instituto dispondrá de un plazo de diez días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)) en la opción contáctenos correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com), o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

**OBSERVACIONES DEL ASEGURADO / OPERADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS AUTORIZADO/ASEGURADORA**

_____	_____	_____	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b>  Guillermo Vargas Roldán Gerente General Cédula Jurídica 400000-1902-22
Nombre del Asegurado	Razón Social del Operador	Nombre del Vendedor del Operador	
_____	_____	_____	
Cédula del Asegurado	Cédula Jurídica del Operador	Cédula del Vendedor del Operador	
_____	_____	_____	
Firma del Asegurado	Número de registro del Operador	Firma del Vendedor del Operador	