

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible de Renta Estudiantil en Dólares

**Código de producto: P14-26-A01-083  
(Versión 4)**

**Fecha de registro V4: 13-dic-13**

**Oficio de solicitud de registro V4: G-06407-2013**

**INDICE**

CLÁUSULA I. BASES DE LA POLIZA.....	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. PRIMA DE LA PÓLIZA .....	7
CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION .....	7
CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA .....	8
CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA....	8
CLÁUSULA XIII. BENEFICIARIOS .....	8
CLÁUSULA XIV. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO .....	9
CLÁUSULA XV. PERÍODO DE CARENCIA .....	9
CLÁUSULA XVI. SUICIDIO .....	9
CLÁUSULA XVII. DISPUTABILIDAD.....	9
CLÁUSULA XVIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	9
CLÁUSULA XIX. PLAZO DE RESOLUCION.....	12
CLÁUSULA XX. EXCLUSIONES.....	12
CLÁUSULA XXI. FINALIZACIÓN DE LA POLIZA .....	13
CLÁUSULA XXII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	13
CLÁUSULA XXIII. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	14
CLÁUSULA XXIV. REPOSICIÓN DE PÓLIZA .....	14
CLÁUSULA XXV. TIPO DE CAMBIO .....	14
CLÁUSULA XXVI. PRESCRIPCIÓN .....	14
CLÁUSULA XXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	14
CLAUSULA XXVIII RESOLUCION DE CONTROVERSIAS .....	15
CLÁUSULA XXIX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	15
CLÁUSULA XXX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	15
CLÁUSULA XXXI. COMUNICACIONES .....	15
CLAUSULA XXXII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	15
CLÁUSULA XXXIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS	15

## **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, enfermedad e incapacidad total y a causa de enfermedad y 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 POLIZA

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

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. Año de indemnización:** se refiere a cada uno de los años comprendidos dentro del período de indemnización de la renta, el cual inicia en el momento del evento o con la declaratoria de la incapacidad.
- 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. Coacción:** Fuerza o violencia que obra sobre el ánimo y la libertad de una persona. Puede ser física o moral.
- 7. Conviviente:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años

en unión de hecho pública, notoria, única y estable.

**8. 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 de las coberturas ofrecidas en la póliza.

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

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

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

- a. Se produzca como consecuencia de un accidente o enfermedad originada después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
- b. Que el Asegurado sea declarado incapacitado total y permanentemente por alteración o debilitamiento de su estado físico y 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:

#### **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

a. La pérdida completa e irrecuperable de la vista de ambos ojos.

b. La pérdida total y permanente, por amputación o enfermedad, de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.

**12. Muerte No Accidental:** Toda muerte que no sea a causa de un accidente.

**13. 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 a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

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

**15. 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.

**16. 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.

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

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

**19. Tomador del seguro:** 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 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 hábiles.

#### **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

En cada renovación anual se reinstalará la suma asegurada de forma automática una vez que se realice el pago de la prima de renovación.

#### **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 la adicional, por lo que no se pueden contratar por separado.

##### **1. Coberturas Básicas**

**a. Muerte Accidental.** El Instituto pagará una renta según el plan y opción elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado muere a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

**b. Muerte no Accidental.** El Instituto pagará una renta según el plan y opción elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado muere por causa no accidental.

**c. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de enfermedad o accidente:** El Instituto pagará una renta según el plan y opción elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro en caso de que el Asegurado sea incapacitado total y permanentemente, como consecuencia de una enfermedad o accidente en las condiciones indicadas, ocurrido dentro del período de vigencia de la póliza. 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 o enfermedad cubierto por esta póliza.

El pago de indemnización por esta cobertura excluye el pago de las coberturas de muerte accidental y muerte no accidental, no así a la cobertura adicional de Desamparo Familiar Súbito, que seguirá vigente hasta extinguirse las condiciones en que opera.

Se considera como siniestro la Incapacidad Total y Permanente a partir de la fecha de 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.**

## 2. Descripción de los Planes

Existen 3 planes de sumas aseguradas, cada uno de los cuales ofrece dos opciones de período de indemnización de la renta. Estas opciones son las siguientes:

**Opción 1:** Tiene un período de indemnización de la renta de 6 (seis) años.

## **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

**Opción 2:** Tiene un período de indemnización de la renta de 12 (doce) años.

El período de indemnización de la renta inicia en la fecha de la declaratoria del estado de incapacidad total y permanente o la fecha del fallecimiento del Asegurado, según sea el caso.

El pago de las rentas para cada año de indemnización se registrará como sigue:

- a. Una renta mensual durante 10 meses consecutivos, contados desde la fecha del inicio del año de indemnización.
- b. En el pago de la primera renta de cada año de indemnización, se realizará un pago adicional por la misma suma de renta mensual elegida.
- c. En el último año de indemnización, a la última renta se adicionará un pago correspondiente a dos veces el monto de la renta mensual elegida.

## 3. Cobertura Adicional

- a. **Cobertura de Desamparo Familiar Súbito (DFS).** 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 definida, independientemente del plan y opción elegidos en la Oferta de Seguro, siempre y cuando el fallecimiento de ambos ocurra en el término de 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 indicada en la Oferta de Seguro, siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

### **CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

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

1. Tener 18 (dieciocho) años o más de edad.
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. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

### **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

### **CLÁUSULA X. 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 por ciento (22%) por concepto de gastos administrativos, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

## **CLÁUSULA XI. 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 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 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. BENEFICIARIOS**

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

Mientras esta póliza esté en vigor el Asegurado puede, con sujeción a los términos de toda cesión existente, cambiar el Beneficiario 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 esta póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión del Asegurado ó a quienes sean tenidos como sus herederos legales conforme la legislación vigente.

### **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 XIV. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO**

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.

#### **CLÁUSULA XV. PERÍODO DE CARENIA**

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado muere por causa no accidental o es incapacitado por causas no accidentales 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.

### **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

#### **CLÁUSULA XVI. 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 periodo indicado inicia a partir de la fecha de formalización del contrato.

#### **CLÁUSULA XVII. 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 periodo de dos (2) años de la vigencia de su póliza.

Si 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 periodo indicado inicia a partir de la fecha de formalización del contrato.

#### **CLÁUSULA XVIII. 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.

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 Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado.

**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 Beneficiario (s) solicitando la indemnización.

**AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento, 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 por 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 por 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.
- 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 del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

**4. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de Enfermedad o 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.

**AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

**5. Para la Cobertura de Desamparo Familiar Súbito (DFS)**

- 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, 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 anual.

## **CLÁUSULA XIX. 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 XX. EXCLUSIONES**

### **1. Para todas las coberturas**

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

- a. Las 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.

### **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

- 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.
- h. La participación como piloto o pasajero en 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 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.

### **2. 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.
3. 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.
4. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o Accidente, no se reconocerá si:
- 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 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.

**AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

6. Para la Cobertura de Desamparo Familiar Súbito (DFS)  
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 XXI. FINALIZACIÓN DE LA POLIZA**

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

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

**CLÁUSULA XXII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO**

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por

escrito al Asegurado o Beneficiario (s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

2. **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 XXIII. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD**

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

#### **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

#### **CLÁUSULA XXIV. REPOSICIÓN DE PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado.

#### **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. 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 XXVII. LEGISLACIÓN 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 del 12 de setiembre de 2011,  
Código de Comercio y el Código Civil.

### **CLAUSULA XXVIII 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 XXIX. 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 XXX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

## **AUTOEXPEDIBLE RENTA ESTUDIANTIL DÓLARES**

### **CLÁUSULA XXXI. 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 o al Operador de Seguro Autoexpedible o al Intermediario de Seguros Autorizado, cualquier cambio de dirección, de lo contrario se tendrá como correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionado por el Asegurado.

### **CLAUSULA XXXII. 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 XXXIII. 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 artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P-14-26-A01-083 V03** de fecha 05 de noviembre del 2012.

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>	No. de Póliza:		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:		<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	
	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>DECLARACIÓN DE SALUD</b>	<b>Declaro no padecer o haber padecido de alguna de las siguientes enfermedades:</b>						
	1- Enfermedad del corazón por presión alta.		4- Diabetes Mellitus.		7. Infecciones por el virus VIH (SIDA).		10. Cirrosis Hepática.
	2- Infarto del Miocardio.		5. Tumores malignos o cáncer.		8. Bronquitis crónica o enfisema.		
3- Derrame Cerebral.		6. SIDA		9. Insuficiencia renal.			
<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>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>	Señale el medio por el cual desea ser notificado.						
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____		<input type="checkbox"/> Fax: _____				
	<input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____		<input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____				
<i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i>							

<b>OPCION DE ASEGURAMIENTO</b>	Marque la opción a elegir		COBERTURAS BÁSICAS			COBERTURA ADICIONAL	Primas Mensuales	
			Montos de rentas mensuales			Suma a Indemnizar		
	Plan	Años de Indemnización	Muerte Accidental	Muerte no Accidental	Incapacidad Total y Permanente	Desamparo Familiar Súbito (DFS)	De 18 a menores de 65 años	De 65 y más años de edad
1	6	\$250	\$250	\$250	\$30.000	\$23,08	\$947,89	
	12	\$250	\$250	\$250	\$30.000	\$38,89	\$1.739,64	
2	6	\$350	\$350	\$350	\$30.000	\$32,31	\$1.364,84	
	12	\$350	\$350	\$350	\$30.000	\$54,45	\$2.435,50	
3	6	\$450	\$450	\$450	\$30.000	\$41,54	\$1.754,80	
	12	\$450	\$450	\$450	\$30.000	\$70,00	\$3.131,35	

**Cálculo de la prima:** Para determinar la prima anual se deberá multiplicar la prima mensual por doce y al resultado aplicar un descuento de 4,76%.

<b>BENEFICIARIOS</b>	<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.						
	<b>DETALLE DEL BENEFICIARIO</b>						
	No.	APELLIDOS	NOMBRE	CÉDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE PARTICIPACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
	1						
	2						
3							

**TARJETA A ASEGURAR Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMATICO**

El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios: (Marque con "X" a la izquierda de cada medio de pago)

Nombre:		Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	
Número de tarjeta o cuenta:		Fecha de vencimiento:	
Moneda: <input type="checkbox"/> Dólares	Forma de pago de la prima del Seguro: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> 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. La tarjeta asegurada principal es aquella en la que se realiza el cargo automático del Seguro.

**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 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), del 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.

**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 P-14-26-A01-083 V03 del 05 de noviembre del 2012.**

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.

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.

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

**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 .**

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) en la opción contáctenos correo electrónico contactenos @ins -cr.com, o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

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