

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible Comprensivo de Accidentes

# Dólares

**Código de producto: P16-33-A01-037**  
**(Versión 5)**

Fecha de registro V5: 02-dic-13

Fecha de registro solicitud de seguro: 08-ago-14

Oficio de solicitud de registro V5: G-06020-2013

Oficio de solicitud de registro solicitud de seguro: G-04041-2014

**ÍNDICE**

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA.....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO.....	3
CLÁUSULA IV. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA .....	4
CLÁUSULA VI. COBERTURAS .....	4
CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	5
CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	5
CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS .....	6
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	6
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN	6
CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA	7
CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA.....	7
CLÁUSULA XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	7
CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCIÓN .....	9
CLÁUSULA XVI. EXCLUSIONES .....	9
CLÁUSULA XVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	10
CLÁUSULA XVIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	10
CLÁUSULA XIX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD .....	10
CLÁUSULA XX. REPOSICIÓN DE PÓLIZA.....	11
CLÁUSULA XXI. TIPO DE CAMBIO .....	11
CLÁUSULA XXII. PRESCRIPCIÓN .....	11
CLAUSULA XXIII LEGISLACIÓN APLICABLE .....	11
CLAUSULA XXIV RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	11
CLÁUSULA XXV. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS .....	11
CLAUSULA XXVI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	11
CLAUSULA XXVII. COMUNICACIONES .....	11
CLÁUSULA XXVIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	11
CLAUSULA XXIX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA .....	12

### **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 y 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 objeto de cobertura en esta Póliza, le ocurrió al Asegurado durante la vigencia de la misma.

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

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

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**



Guillermo Vargas Roldán  
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

## CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

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

### CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

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

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

### CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

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

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

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

### CLÁUSULA IV. DEFINICIONES

**1. Accidente:** Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado Independientemente de su voluntad, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta,

fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.

**2. Accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo:**

Es la acción culposa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías terrestres, aéreas, ferroviarias o marítimas que estén al servicio y al uso del público en general.

**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. Conviviente:**

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

**7. Declinación:**

Rechazo de la solicitud de indemnización

**8. Edad:**

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

**9. Operador de Seguro Autoexpedible:**

Son Operadores de Seguro Autoexpedibles las personas jurídicas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos

de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

**10. Período de 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.

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

**12. Prima no devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al periodo de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

**13. Sistema de Pago Automático de Recibos (PAR):** Servicio que consiste en la deducción mensual y automática a través de fondos de cuentas de diversas entidades bancarias y con la autorización previa del cliente.

**14. Tomador del Seguro:** Sinónimo del Asegurado.

#### **CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA**

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

La suma de los montos asegurados en el cúmulo de la cobertura básica, no podrá superar los cincuenta mil dólares (\$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 definidos por el Instituto. Si eventualmente se emitiera la póliza, el Instituto tendrá la obligación de informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

#### **CLÁUSULA VI. COBERTURAS**

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

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

##### **1. Cobertura Básica:**

**Cobertura en caso de Muerte Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada si durante la vigencia de la póliza el Asegurado muere a consecuencia de un accidente en las condiciones indicadas en esta póliza.

##### **2. Coberturas adicionales:**

**a. Indemnización por Muerte Accidental a causa de Accidente de Tránsito:** El Instituto pagará la suma asegurada en esta cobertura si durante la vigencia de la póliza el Asegurado muere a consecuencia de un accidente de tránsito vehicular, ferroviario, marítimo o de aviación.

Esta cobertura opera en los accidentes que pudieran ocurrirle al Asegurado en condición de:

- i. Peatón.
- ii. Conductor de un vehículo que no preste servicio de transporte público.
- iii. Pasajero de un vehículo de transporte público o privado, incluyendo ferrocarriles.
- iv. Pasajero de un avión comercial sujeto a itinerarios

#### AUTOEXPEDIBLE COMPRENSIVO DE ACCIDENTES DÓLARES

- fijos y que estén autorizados para tales efectos.
- v. Pasajero de embarcaciones comerciales sujetas a itinerarios fijos y que estén autorizadas para tales efectos.
- b. Pago Automático de Recibos (PAR):** En caso de que el Asegurado fallezca por causas accidentales cubiertas por esta póliza, se pagará la renta mensual contratada en la Oferta de Seguro para cubrir los recibos de servicios básicos que al momento del siniestro estén incluidos en el sistema Pago Automático de Recibos, tal y como se define en esta póliza, independientemente que los servicios estén a nombre del Asegurado o no.
- c. Beneficio Educativo:** En caso de que el Asegurado fallezca por causas accidentales cubiertas por esta póliza, se pagará la renta mensual contratada en la Oferta de Seguro. Las rentas de PAR y Beneficio Educativo tienen como fin que la familia del Asegurado fallecido pueda hacer frente a las diferentes necesidades económicas antes mencionadas. Mensualmente el Instituto girará un único pago al (los) beneficiario (s), equivalente al total de las rentas, según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, indistintamente si existe el gasto educativo como tal. Las sumas a indemnizar al (los) beneficiario (s) se harán de acuerdo a los montos indicados por el Asegurado en la Oferta de Seguro, mediante rentas mensuales, por un período de 12 meses, después de la fecha de fallecimiento del asegurado.
- d. Cobertura Funeraria:** En caso de fallecimiento del Asegurado por causas accidentales cubiertas por esta póliza, se pagará la suma asegurada para esta cobertura, para cubrir los gastos funerarios, por el monto citado en la Oferta de Seguro.
- e. Cobertura de Desamparo Súbito Familiar:** Esta cobertura entrará en vigor en caso que el Asegurado y su cónyuge o conviviente fallezcan en un mismo accidente. Se otorgará la suma asegurada que para tal efecto se señala 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.

Para efectos de las coberturas b. y c. se girará una renta mensual durante 12 meses, después de la ocurrencia del siniestro.

#### CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

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

Las edades de contratación del seguro son de dieciocho (18) años en adelante. 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, con sujeción a los términos de toda cesión existente, 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 del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

#### **Advertencia:**

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros

cargos similares y no consideran a la póliza de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

#### **CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

#### **CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN**

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

Si el Asegurado elige una forma de pago diferente de la mensual obtendrá un descuento por pronto pago el cual se indica en la Oferta. Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

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

Si el Asegurado no solicita la cancelación con treinta (30) días naturales de anticipación, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en

que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Cuando corresponda la devolución de primas, se calculará a prorrata deduciendo un 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.

En caso de indemnización de conformidad con las coberturas de esta póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima anual, se deducirán de la indemnización a pagar correspondiente a la cobertura básica.

#### **CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA**

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

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

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

#### **CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA**

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

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

Si durante este período de gracia llegaran 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. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, 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 (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguro 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 Beneficiario y al Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado.

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

- a. Carta 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.

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

**2. Para la Cobertura de Muerte Accidental**

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

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

- a. Certificación original de defunción expedida 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, según lo establecido para dicho particular en el Código de Familia.
- 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 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.

**4. Para la cobertura de Gastos Funerarios:**

Los mismos requisitos del punto 2, sustituyendo el inciso a. por el siguiente:

- a. Certificado de Acta de Declaración de Defunción con la causa de muerte certificada legalmente.

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCIÓN**

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 XVI. EXCLUSIONES**

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

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

- a. El accidente ocurrido previo a la emisión de esta póliza.
- b. El accidente que pudiera ocurrirle al Asegurado, cuando éste no cumpla con las condiciones estipuladas en esta póliza.
- c. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o actos atribuibles a dichos eventos.
- d. La participación en motines, riñas o huelgas.

e. La enfermedad física o mental.

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 comisión o tentativa de delito doloso.

h. Suicidio.

i. 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.

j. 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 Accidentes de Tránsito**

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

- a. El accidente que no corresponda a un accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo, tal y como se define en esta póliza.

##### **3. Para la Cobertura Pago Automático de Recibos (PAR).**

Las indemnizaciones no se concederán si:

- a. El Asegurado al momento del fallecimiento no esté incluido en el sistema de pago automático de recibos (PAR), como pagador.

**4. Para la Cobertura Funeraria**

No se reconocerá esta cobertura en los casos en que la cobertura básica o cobertura adicional de muerte accidental no se amparen.

**5. 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 XVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA**

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 Período de Gracia de esta póliza y no haya pagado la prima
4. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

5. Fallezca el Asegurado.

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

**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.

**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 el 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 XIX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD**

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

Para los casos en que dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima 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 XX. 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 XXI. 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 XXII. PRESCRIPCIÓN**

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

**CLAUSULA XXIII 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 y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus reformas, el Código de Comercio y el Código Civil.

**CLAUSULA XXIV RESOLUCIÓN 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 Alterna 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 XXV. 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 que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

**CLAUSULA XXVI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

**CLAUSULA XXVII. 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 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 XXVIII. 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.

**CLAUSULA XXIX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA**

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-16-33-A01-037-V4 de fecha 27 de setiembre de 2012.

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

**ASEGURADOS DEPENDIENTES PARA SEGURO AUTOEXPEDIBLE FUNERARIO PLUS P16-37-A01-046, SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-098 Y SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO P16-35-A01-131**
**DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES SOLO APLICA PARA EL SEGURO FUNERARIO PLUS, SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES Y SEGURO ONCOLÓGICO**

N°	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje Participación	Teléfono de contacto
1						
2						
3						
4						
5						

**DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-098**

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

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

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

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

**OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO**

Para determinar la prima anual de cada uno de los seguros indicados en esta oferta se deberá aplicar un descuento del 4,76% a la prima mensual y multiplicar por 12.

**OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-098**

Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Enfermedades Graves P16-35-A01-098

Marque con una "X" la opción a contratar	Cobertura Básica	Coberturas Adicionales		N° Asegurados	Prima Mensual Individual		Prima Mensual Grupo Familiar
	Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave	Muerte	Renta Diaria por Hospitalización		De 18 a menores de 65 años	De 65 y más años de edad	
	\$5,000	\$1,750	\$100		\$5.39	\$27.92	
	\$10,000	\$3,500	\$100		\$9.70	\$50.23	
	\$20,000	\$7,000	\$100		\$18.30	\$94.87	

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

**DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO P16-35-A01-131**

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

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

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

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO P16-35-A01-131								
Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Oncológico P16-35-A01-131								
Marque con una "X" la opción a contratar	Cobertura Básica	Coberturas Adicionales			Nº Asegurados	Prima Mensual Individual		Prima Mensual Grupo Familiar
	Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	Indemnización Adicional por Diagnóstico de Cáncer de Género	Indemnización Adicional por Muerte	Renta por Hospitalización		De 18 a menores de 65 años	De 65 a más años de edad	
	\$5,000	\$1,250	\$1,500	\$100		\$3.46	\$16.88	
	\$10,000	\$2,500	\$3,000	\$100		\$6.08	\$30.34	
	\$20,000	\$5,000	\$6,000	\$100		\$11.32	\$57.26	

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

DECLARACIÓN PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS P14-23-A01-227 Y VIDA RENTA P14-23-A01-061		
Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no hemos sido diagnosticados de las siguientes enfermedades:		
1- Enfermedad del corazón por presión alta	5- Tumores malignos o cáncer	9- Insuficiencia Renal
2- Infarto del Miocardio	6- SIDA	10- Cirrosis Hepática
3- Derrame Cerebral	7- Infecciones por el virus VIH (SIDA)	
4- Diabetes Mellitus	8- Bronquitis crónica o enfisema	

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

**Preexistencia:** Se considera pre-existencia cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha del seguro.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA PLUS P14-23-A01-228						
Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Vida Plus P14-23-A01-228						
Marque con una "X" la opción a contratar	Cobertura Básica		Coberturas Adicionales		Primas Mensuales	
	Muerte No Accidental	Muerte Accidental	Incapacidad total y permanente a causa de accidente	Funerario	De 18 a menores de 65 años de edad	De 65 y más años de edad
	\$5,000	\$10,000	\$5,000	\$1,500	\$4.75	\$131.13
	\$10,000	\$20,000	\$10,000	\$1,500	\$8.59	\$244.35
	\$15,000	\$30,000	\$15,000	\$2,000	\$12.73	\$363.54
	\$20,000	\$40,000	\$20,000	\$2,000	\$16.57	\$476.76
	\$25,000	\$50,000	\$25,000	\$2,500	\$20.72	\$595.95
	\$30,000	\$60,000	\$30,000	\$2,500	\$24.56	\$709.17
	\$35,000	\$70,000	\$35,000	\$3,000	\$28.70	\$828.36
	\$40,000	\$80,000	\$40,000	\$3,000	\$32.54	\$941.58
	\$45,000	\$90,000	\$45,000	\$3,500	\$36.68	\$1,060.77
	\$50,000	\$100,000	\$50,000	\$3,500	\$40.52	\$1,173.99

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

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE VIDA RENTA P14-23-A01-062											
Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Autoexpedible Vida Renta P14-23-A01-062											
Marque con "X" la opción a contratar	Cantidad de años a indemnizar	PLAN A				Marque con "X" la opción a contratar	PLAN B				
		Coberturas		Prima Mensual			Cantidad de años a indemnizar	Coberturas		Prima Mensual	
		Básica	Adicional	De 18 a menores de 65 años de edad	De 65 a más años de edad			Básica	Adicional	De 18 a menores de 65 años de edad	De 65 y más años de edad
		Muerte Accidental y Muerte no Accidental	Renta Mensual					Muerte Accidental o Incapacidad Permanente	Renta Mensual		
	3 años	\$1,000	\$100	\$4.25	\$63,11		3 años	\$1,000	\$100	\$1.47	\$51.17
	3 años	\$2,000	\$200	\$8.49	\$126,22		3 años	\$2,000	\$200	\$2.94	\$102.34
	3 años	\$4,000	\$400	\$16.99	\$252,43		3 años	\$4,000	\$400	\$5.89	\$204.69
	5 años	\$1,000	\$200	\$11.04	\$170,36		5 años	\$1,000	\$200	\$3.53	\$138.05
	5 años	\$2,000	\$300	\$16.96	\$262,63		5 años	\$2,000	\$300	\$5.38	\$212.87
	5 años	\$4,000	\$500	\$28.82	\$447,18		5 años	\$4,000	\$500	\$9.10	\$362.34

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

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE FUNERARIO PLUS P16-37-A01-046						
Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Autoexpedible Funerario Plus P16-37-A01-046						
Marque la Opción a Elegir	Coberturas		Opción de Aseguramiento Familiar	Prima Mensual (Individual)		Prima Mensual Grupo Familiar
	Funerario por Muerte No Accidental	Funerario Muerte Accidental	Nº de Asegurados	De 18 a menores de 65 años	De 65 y más años de edad	
	\$1,100	\$2,200		\$1.05	\$19.73	
	\$1,350	\$2,700		\$1.29	\$24.22	
	\$3,300	\$6,600		\$3.15	\$59.20	

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

**OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGURO AUTOEXPEDIBLE COMPRENSIVO DE ACCIDENTES P16-33-A01-037**

Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Comprensivo de Accidentes P16-33-A01-037

Marque con "X" la opción a contratar	Cobertura Básica	Coberturas Adicionales					Prima Mensual	
	Muerte Accidental	Indemnización por Muerte Accidental a causa de Accidente de Tránsito	PAR	Beneficio Educacional	Funeraria	Desamparo Súbito Familiar	De 18 a menores de 65 años de edad	De 65 y más años de edad
	\$5,000	\$5,000	\$100	\$100	\$1,500	\$30,000	\$1.07	\$2.53
	\$10,000	\$10,000	\$100	\$100	\$1,500	\$30,000	\$1.70	\$3.90
	\$20,000	\$20,000	\$100	\$100	\$1,500	\$30,000	\$2.98	\$6.63

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

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

**Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros [www.ins-cr.com](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 estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: **Enfermedades Graves Dólares:** el registro número P16-35-A01-098 de fecha 08 de enero del 2014. **Funerario Plus Dólares:** registro número P16-37-A01-046 de fecha 20 de diciembre del 2013. **Vida Renta Dólares:** registro número P14-23-A01-062 de fecha 23 de marzo del 2014. **Oncológico Dólares:** el registro número P16-35-A01-131 de fecha 08 de enero del 2014. **Vida Plus Dólares:** registro P14-23-A01-228 de fecha 13 de diciembre del 2013. **Comprensivo de Accidentes Dólares:** registro P16-33-A01-037 de fecha 02 de diciembre del 2013.

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

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

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