

Instituto Nacional de Seguros

Seguro Autoexpedible de Protección Múltiple en Dólares

**Código de producto: P16-33-A01-066
(Versión 4)**

Fecha de registro V4: 03-ene-14

Oficio de solicitud de registro V4: G-06042-2013

INDICE

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

Acuerdo de Aseguramiento

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

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

En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) nombrado (s), el monto Asegurado, según la opción contratada en la Oferta de Seguro, al recibir prueba fehaciente de que la muerte, incapacidad total y permanente u hospitalización, todas a causa de accidente, objeto de cobertura en esta póliza, le ocurrió al Asegurado durante la vigencia de la misma.

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Guillermo Vargas Roldán
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

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

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

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 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. **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.
3. **Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.
4. **Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
5. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización
6. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
7. **Falsedad:** La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
8. **Incapacidad Total y Permanente, a causa de 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.
- b. Que el Asegurado sea declarado inválido por la entidad médica oficial debidamente autorizada, es decir, que por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera el sesenta y siete (67) % o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual por medio de la cual genera ingresos.

No obstante lo anterior, el Instituto reconocerá como incapacidad total y permanente los siguientes casos:

- c. La pérdida completa e irrecobrable de la vista de ambos ojos.
- d. La pérdida total y permanente, por amputación o enfermedad, de ambas manos o de ambos pies, o de una mano.

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 período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

13. **Renta hospitalaria Diaria:** Es la suma de dinero que el Asegurador se compromete a indemnizar al Asegurado o los beneficiarios de éste, por cada día que el Asegurado permanezca hospitalizado a consecuencia de un accidente.

14. **Reticencia:** La declaración se considerará reticencia cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.

15. **Tomador del seguro :** Sinónimo de Asegurado.

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

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

La suma de los montos asegurados en el cúmulo de la cobertura básica, no podrá superar los cincuenta mil dólares (US\$50.000,00) por persona al momento de la contratación. El cúmulo de la cobertura básica se refiere a la sumatoria de todas las sumas aseguradas en la misma cobertura básica de las pólizas de productos autoexpedibles.

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

En cada renovación anual se reinstalará la suma asegurada de forma automática una vez 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 la Cobertura Básica y las adicionales, por lo que las coberturas adicionales no se pueden contratar por separado.

1) Cobertura Básica.

- a) **Muerte Accidental.** El Instituto pagará la suma asegurada establecida en la Oferta de

Seguro, si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado muere a consecuencia de un accidente en las condiciones indicadas en ésta póliza, siempre que la muerte ocurra de forma inmediata o dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente.

2) Coberturas Adicionales

- a) **Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente (BI-1):** Esta cobertura indemniza el monto suscrito, en caso de que el Asegurado sea incapacitado total y permanentemente, como consecuencia de un accidente en las condiciones cubiertas, originado durante la vigencia de la póliza. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.
- b) **Cobertura de renta hospitalaria diaria por accidente:** El Instituto pagará la renta establecida en la Oferta de Seguro si a consecuencia de un accidente y en las condiciones cubiertas, el Asegurado es internado en un hospital o clínica, excepto en la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta cobertura opera por un mínimo de un (1) día de hospitalización, máximo cuarenta y cinco (45) días por evento y un máximo general de noventa (90) días por póliza.

- c) **Cobertura de renta hospitalaria diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:** El Instituto pagará el doble del monto de la renta diaria establecida por hospitalización en la Oferta de Seguro si a consecuencia de un accidente y en las condiciones cubiertas, el Asegurado es internado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital o clínica. Esta cobertura opera por un mínimo de un (1) día de hospitalización, máximo cuarenta y cinco (45) días por evento y un máximo general de noventa (90) días por póliza.

Las coberturas de renta son excluyentes entre sí en cuanto al monto diario. Los días son acumulativos; es decir, que el número máximo de días a indemnizar es de noventa (90) días acumulando los días consumidos en ambas coberturas.

Igualmente estas coberturas son independientes de la cobertura de muerte.

Las rentas operan si la hospitalización sucede dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

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

Entrará en vigor en la fecha y hora indicadas en la Oferta de Seguro,

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

Para efectos de las coberturas en caso de muerte, esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza, siendo que para las coberturas adicionales se mantiene activa por un período de trescientos sesenta y cinco (365) días, contados a partir de la fecha del accidente cubierto y que dio origen incapacidad y/o a la hospitalización.

CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

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

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

CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS

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

Mientras esta póliza esté en vigor, el Asegurado puede cambiar el (los)

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

En caso de que algún Beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario o Beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado, el monto pagadero bajo esa póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión 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

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION

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

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

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

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

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

Cuando corresponda la devolución de primas se calculará a prorrata deduciendo un veintidós (22%) por ciento por concepto de gastos administrativos, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento del año-póliza, el Instituto informará al Asegurado las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual. 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

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

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

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

Si durante el período de gracia 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. SUICIDIO

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

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

CLÁUSULA XV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

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

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

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Fax: 2221-2294

Correo Electrónico: contactenos@ins-cr.com

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

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

El Operador de 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.

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

- 1) Carta del Asegurado o (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- 2) Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los Beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.
- 3) Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

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

1. Para la Cobertura de Muerte Accidental

- a) Certificación 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 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.

2. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de 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 regularmente 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.

3. Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria por accidente:

a) Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el Asegurado hospitalizado debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica.

4. Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:

a) Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el Asegurado hospitalizado debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

clínica. Debe brindarse el detalle de las fechas que permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos.

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 del total de la suma asegurada, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima del año de esta póliza.

CLÁUSULA XVI. 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 XVII. EXCLUSIONES

1. Para todas las coberturas:

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

- a) La participación en insurrección, guerra,

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

- terrorismo o los actos atribuibles a dichos eventos.
- b) La participación en motines, riñas o huelgas.
 - c) La enfermedad física o mental.
 - d) La comisión o tentativa de delito doloso.
 - e) La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases durante los primeros (dos) 2 años.
 - f) 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.
 - g) 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.
 - h) 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 Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente, no se reconocerá esta cobertura 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 trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del 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 regularmente y recibiendo remuneración a cambio de su trabajo.
 - 3. Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria por Accidente
- La indemnización al amparo de este beneficio no se concederá:
- a) Si se está reconociendo indemnización al amparo de la Renta Hospitalaria Diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por accidente

4. Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:

La indemnización al amparo de este beneficio no se concederá:

- a) **Si se está reconociendo indemnización al amparo de la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria por Accidente.**

CLÁUSULA XVIII. 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. Se otorgue al Asegurado la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente.
4. Vencido el Período de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
5. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
6. Fallezca el Asegurado.

CLÁUSULA XIX. 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

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

que emita referente a la tramitación del reclamo.

2. Revisión: El Asegurado o el (los) Beneficiario (s) puede (n) solicitar una revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto o ante el Operador de Seguro Autoexpedible y/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 y/o Intermediario de Seguros Autorizado, remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días luego de recibida.

CLÁUSULA XX. OMISION Y/O INEXACTITUD

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

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

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

CLÁUSULA XXI. 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 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.

CLÁUSULA XXIII. 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 XXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta póliza 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 y sus reformas, Código de Comercio y el Código Civil.

CLAUSULA XXV. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

AUTOEXPEDIBLE PROTECCIÓN MÚLTIPLE DÓLARES

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltas 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 XXVI. 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.

CLAUSULA XXVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLAUSULA XXVIII. 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 XXIX.
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 XXX. 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 P16-33-A01-066 V03 del 05 de noviembre del 2012.

DATOS ASEGURADO	Póliza de Seguro N°.		Vigencia:	Desde:	Hasta:	
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil:	
	N° de Identificación		Ocupación:		<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:	

NOTIFICACIONES	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: _____
Recuerde mantener actualizados sus datos.		

OPCIONES DE ASEGURAMIENTO	Marque con X la opción a elegir	Cobertura Básica		Coberturas Adicionales		Prima Mensual	
		Muerte Accidental	Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente	Renta Hospitalaria Diaria por Accidentes	Renta Hospitalaria diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por Accidentes	De 18 a menores de 65 años de edad	De 65 y más años de edad
	1 <input type="checkbox"/>	\$5.000	\$5.000	\$100	\$200	\$3,30	\$78,70
	2 <input type="checkbox"/>	\$10.000	\$10.000	\$100	\$200	\$4,45	\$149,13
	3 <input type="checkbox"/>	\$20.000	\$20.000	\$100	\$200	\$6,74	\$289,99
Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 4,76% a la prima mensual y multiplicar por 12.							

BENEFICIARIOS	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 de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.						
	N°	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje Participación	Teléfono de contacto
	1						
2							

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMATICO

El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios. (Marque con "X" según el medio de pago).		
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/> Planillas <input type="checkbox"/> Otros Servicios <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Efectivo
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: <input type="checkbox"/> 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 dadas en las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte del contrato 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-Resgistros 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.

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 la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A01-066 V03 de fecha 05 de noviembre del 2012.

El Asegurado tiene la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado a partir de la fecha de adquisición de la cobertura. Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza. El Instituto dispondrá de un plazo de diez días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

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).

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

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