

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible de Enfermedades Graves en Dólares

**Código de producto: P16-35-A01-098  
(Versión 5)**

Fecha de registro V5: 08-ene-14

Fecha de registro oferta combinada: 20-oct-14

Oficio de solicitud de registro V5: G-06642-2013

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

## 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.....	5
CLÁUSULA VI. COBERTURAS.....	5
CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS.....	6
CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	6
CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD .....	6
CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS.....	7
CLÁUSULA XI. PRIMA DE LA PÓLIZA .....	7
CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION .....	7
CLÁUSULA XIII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÒLIZA.....	8
CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE GRACIA.....	8
CLÁUSULA XV. PERÍODO DE CARENCIA .....	9
CLÁUSULA XVI. DISPUTABILIDAD.....	9
CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	9
CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION.....	11
CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES.....	11
CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	12
CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO.....	12
CLÁUSULA XXII. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	13
CLÁUSULA XXIII. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA.....	13
CLÁUSULA XXIV. TIPO DE CAMBIO .....	13
CLÁUSULA XXV. PRESCRIPCIÓN .....	13
CLÁUSULA XXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	13
CLAUSULA XXVII RESOLUCION DE CONTROVERSIAS .....	13
CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	14
CLAUSULA XXIX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	14
CLAUSULA XXX. COMUNICACIONES.....	14
CLÁUSULA XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	14
CLÁUSULA XXXII. 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 el diagnóstico de la enfermedad grave o 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 (s): la Oferta del Seguro y las Condiciones Generales.

### CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

El Asegurado Titular 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 Titular de solicitar la rectificación de la póliza.

### CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado Titular 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.

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 cerebrovascular (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de 15 días. Están

incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.

**2. Asegurados Dependientes:** Se consideran como tales:

- a. El Cónyuge o Conviviente.
- b. Los hijos del Asegurado y su cónyuge o conviviente. Asimismo podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.

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

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

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

**6. Cáncer:** Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer.

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

- a. Cáncer
- b. Accidente Cerebro Vascular
- c. Insuficiencia renal
- d. Infarto miocardio

**12. Hospital o Clínica:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

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

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

**14. Insuficiencia Renal:** Definida como la insuficiencia crónica irreversible de

## **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.

**15. 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.

**16. Período de Carencia:** Período de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las coberturas previstas.

**17. 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.

**18. Pre-existencia:** 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 historia médica del asegurado.

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

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

**21. Tomador:** Sinónimo de Asegurado Titular.

## **CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA**

El Asegurado Titular 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 (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, 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.

Cada uno de los asegurados bajo esta póliza, gozarán de manera independiente de las mismas coberturas y montos asegurados.

## **CLÁUSULA VI. COBERTURAS**

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

## **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

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**

**Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave:** El Instituto indemnizará la suma asegurada si el Asegurado(s) es (son) diagnosticado (s) por primera vez durante la vigencia de la póliza con alguna de las siguientes enfermedades graves:

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

### **2. Coberturas Adicionales**

- Renta Diaria por Hospitalización:** El Instituto pagará la renta diaria asegurada si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el (los) Asegurado(s) es (son) internado(s) en un centro médico autorizado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, y mientras permanezcan hospitalizados, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado. 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.
- Cobertura de Muerte:** El Instituto pagará la suma asegurada si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y

diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el (los) Asegurado (s) fallece (n) dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado.

**Estas coberturas operan siempre que la hospitalización o fallecimiento del (los) Asegurado(s) sea a causa de una enfermedad grave cubierta por esta póliza, ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la fecha del primer diagnóstico de la enfermedad cubierta, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.**

#### **CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS**

Esta póliza cubre al Asegurado Titular y a su cónyuge o conviviente, por el que se pague de previo la prima correspondiente, siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza.

Asimismo, los hijos del Asegurado Titular y/o de su cónyuge o conviviente, se podrán asegurar dentro del grupo familiar, siempre y cuando se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza, sean solteros y demuestren ser dependientes económicos del Asegurado Titular, su cónyuge o conviviente.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a causa de un riesgo cubierto por esta póliza, pasará a ser Asegurado Titular, el cónyuge o conviviente o en su defecto el hijo mayor entre los mayores de edad, siempre y cuando figuren como asegurados dependientes de la póliza.

#### **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

#### **CLÁUSULA VIII. 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 haya pagado la prima estipulada.

Para efectos de la cobertura básica, 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 diagnóstico cubierto y que dio origen a la indemnización de la cobertura básica.

#### **CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

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

1. Tener dieciocho (18) años de edad o más.
2. Tener menos de veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días para los hijos dependientes.
3. Quien figure como Asegurado Titular deberá 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 y su cónyuge o conviviente ya se encuentren asegurados y superen los sesenta y cinco (65) años de edad podrán, continuar cubiertos siempre y cuando se 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 X. BENEFICIARIOS**

El Asegurado Titular deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de adquirir la póliza, no obstante, en caso de que el Asegurado Titular fallezca durante la vigencia de la póliza, le corresponderá al nuevo Asegurado Titular designar el (los) beneficiario(s) en esta póliza.

En caso de que el grupo familiar esté integrado únicamente por menores de edad al momento de fallecer el Asegurado Titular, la póliza se mantendrá vigente y en las mismas condiciones designadas por el Asegurado Titular siempre que se pague la prima correspondiente.

Mientras esta póliza esté en vigor, el Asegurado Titular 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 Titular, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario o Beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado Titular haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado Titular, el monto pagadero bajo esa póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión de éste, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

## **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

En caso de fallecimiento del (los) Asegurado(s) dependiente(s) el beneficiario será el Asegurado Titular o en su defecto los herederos legales del (los) mismo(s).

### **Advertencia:**

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

Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran la póliza 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 XI. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

## **CLÁUSULA XII. 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 Titular.

Si el Asegurado Titular 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 Titular, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Si el Asegurado Titular 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.

## **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

### **CLÁUSULA XIII. 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 Titular 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 Titular también podrá solicitar modificaciones en las condiciones indicadas en la Oferta póliza, mediante solicitud escrita enviada al Instituto, excepto que se trate de cambios en la Suma Asegurada. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación que entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación anual de la póliza.

En caso de que el Asegurado Titular 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 XIV. PERÍODO DE GRACIA**

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

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

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente

póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

#### **CLÁUSULA XV. PERÍODO DE CARENCIA**

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el (los) Asegurado (s) son diagnosticados o mueren por enfermedad grave durante los seis (6) meses posteriores a la fecha de emisión de esta póliza.

#### **CLÁUSULA XVI. DISPUTABILIDAD**

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

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

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

#### **CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado Titular o el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguro Autoexpedible o el 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.

#### **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

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 Titular o el (los) Beneficiario (s) deberá presentar los requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o el 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 Titular o a los Beneficiario (s) según corresponda y al Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado.

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

- a. Carta del Asegurado Titular o (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.

- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado Titular y del (los) Beneficiario(s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identificación o del pasaporte.
- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.

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

**2. Para la cobertura de Indemnización por diagnóstico de enfermedad grave:**

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

- a. Estudios clínicos
- b. Estudios radiológicos
- c. Estudios histológicos, y/o de laboratorio.

**3. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:**

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

**4. Para la cobertura de muerte:**

- 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 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. Si fallece el (la) cónyuge, debe presentar Certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil.
- d. En caso de fallecimiento del conviviente, el Asegurado Titular deberá aportar una declaración jurada ante Notario Público, en la que se declare la convivencia con la persona fallecida conforme a la definición existente en las Condiciones Generales de la póliza y el tiempo de convivir.
- e. Si fallece alguno de los hijos asegurados como dependientes debe aportar Certificado de Nacimiento expedido por el Registro Civil.

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 Titular 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 Titular o el (los) Beneficiario(s) podrá(n) realizar el pago correspondiente en ese momento o en su

defecto, éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

### **CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION**

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

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

### **CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES**

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

- a. Enfermedades o lesiones que sean pre-existentes.
- b. La enfermedad grave cubierta es diagnosticada durante el período de carencia.
- c. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- d. La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad grave cubierta por esta póliza.
- e. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con

las acreditaciones correspondientes.

- f. Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
- f. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado Titular, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.
- g. Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- h. El cáncer por expansión metastásica o recurrencia.
- i. Se excluyen los siguientes tumores:
  - i. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
  - ii. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
  - iii. Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.

- iv. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
- v. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor.
- vi. Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.

- g. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.

## 2. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la hospitalización del Asegurado se debe a:

- a. Causa de suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.
- b. El diagnóstico que no corresponda a las enfermedades graves cubiertas, según se define en esta póliza.
- c. Las agravaciones de las enfermedades graves cubiertas, resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.
- d. Si la hospitalización se da luego de trescientos sesenta y cinco (365) días desde la fecha del diagnóstico objeto de cobertura.

## 3. Para la Cobertura de Muerte:

### **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la muerte es a causa distinta al diagnóstico de la enfermedad grave cubierta por esta póliza.

### **CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

1. Finaliza la vigencia de la póliza.
2. Finaliza trescientos sesenta y cinco (365) días naturales después del diagnóstico de enfermedad grave cubierta, o fallezca el (los) Asegurado (s), lo que ocurra primero.
3. Solicitud expresa del Asegurado Titular.
4. En el caso de los hijos a los veinticinco (25) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
5. Vencido el Período de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
6. El Instituto compruebe las declaraciones falsas o inexactas de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
7. Al vencimiento del período anual si se ha indemnizado cobertura básica.

### **CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO**

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

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

#### **CLÁUSULA XXII. 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, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas y Procedimiento de Devolución. Si el pago de la prima es Mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

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

#### **CLÁUSULA XXIII. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de

#### **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado Titular.

#### **CLÁUSULA XXIV. TIPO DE CAMBIO**

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue tomada la póliza, el Asegurado Titular 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 XXV. 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 XXVI. 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 XXVII RESOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltos a través de los diferentes medios establecidos en la

Ley 7727 del 09/12/1997 sobre resolución Alternativa de Conflictos y promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

### **CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS**

Los Asegurados se comprometen, 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 los Asegurados incumplan con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

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

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

### **CLAUSULA XXX. COMUNICACIONES**

Cualquier comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado Titular, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por

### **AUTOEXPEDIBLE ENFERMEDADES GRAVES DÓLARES**

correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado Titular en la Oferta de Seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado Titular 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.

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

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito de los Asegurados en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

### **CLÁUSULA XXXII. 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-16-35-A01-098 V03 de fecha 18 de octubre del 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:	Apartado postal:
	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  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.		
<b>Preexistencia:</b> 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	PLAN A						PLAN B				
	Cantidad de años a indemnizar	Coberturas		Prima Mensual		Marque con "X" la opción a contratar	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 AUTOMATICO**

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

Cuenta de Ahorros     Cuenta Corriente     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	

<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:
	N° de Identificación	Ocupación:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
			<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Célibe	
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nacionalidad:	
	Provincia:	Cantón:	Distrito:	
	Dirección Exacta:			
	Calle:	Avenida:	Otras señas:	Apartado postal:
	Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
Dirección Electrónica:			Fax:	

**ASEGURADOS DEPENDIENTES PARA SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-098**
**DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES SOLO APLICA PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES**

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

**DECLARACION PARA EL SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES P16-35-A01-098 Y VIDA PLUS P14-23-A01-228**

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		Nº Asegurados	Prima Mensual Individual		Prima Mensual Grupo Familiar
	Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave	Muerte	Renta Diaria por Hospitalización		De 18 a menores de 65 años	De 65 y más años de edad	
	\$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	

**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

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.


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. **Vida Plus Dólares:** registro P14-23-A01-228 de fecha 13 de diciembre del 2013.

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

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS (800-8353467), página Web del INS ([www.ins-cr.com](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 Robón 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	