

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro de Gastos Funerarios Dólares

**Código de producto: P16-37-A01-009-VLRCS**

**Fecha de registro VLRCS: 27-ene-12**

**Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-06272-2011**



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

## **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES CONDICIONES GENERALES**

### **CLÁUSULA I. EL CONTRATO**

Esta póliza se emite en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado y/o Tomador en la solicitud, al reconocimiento médico si lo hubiere y cualesquiera otras declaraciones necesarias para la emisión y el pago de la prima estipulada. La póliza, la propuesta de seguro aceptada por el Asegurado y/o Tomador, sus adenda, la solicitud y declaraciones anexas constituyen el contrato completo de este seguro.

El Instituto no se responsabiliza por promesas y declaraciones que hagan otras personas distintas a las autorizadas por el Instituto.

### **CLÁUSULA II. RECTIFICACION DEL CONTRATO**

Si al emitirse el seguro el contenido del contrato no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá devolverla en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones.

### **CLÁUSULA III. DEFINICIONES**

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en este contrato

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 los que no se presenten simultáneamente las condiciones descritas anteriormente, no se encuentran amparados por este seguro.
2. **Asegurado:** Persona que está cubierta por esta póliza, debidamente registrada en la misma y que puede ser simultáneamente el Tomador del Seguro.
3. **Asegurado Titular:** Es la persona que suscribe el seguro a su nombre y realiza el pago de las primas correspondientes.
4. **Asegurados Dependientes:** Pueden incluirse como tales:
  - a. El Cónyuge (o persona conviviente, según la definición del Código de Familia vigente) del Asegurado.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

- 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.
- 5. Beneficiario (s):** Persona(s) designada(s) por el Asegurado a quien(es) se le(s) reconoce el derecho a percibir el total o la proporción indicada de la(s) indemnización(es) derivada(s) de este contrato.
- 6. Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 7. Beneficio Máximo:** Es la cantidad máxima asegurada indemnizable a cada persona según lo descrito en este contrato.
- 8. Conviviente:** Persona del sexo opuesto con la que el asegurado convive en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años, con aptitud legal para contraer matrimonio.
- 9. Disputabilidad:** Cláusula defensiva que permite a la compañía de seguros 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. Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la emisión y el mismo ocurre antes de los plazos indicados, permite liberar su responsabilidad de pago.
- 10. Período de Gracia:** En caso de pago fraccionado de la prima, es el período después del vencimiento de la misma, durante el cual ésta puede ser pagada sin el cobro de intereses ni recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado. No se otorga ningún período de gracia para el pago de una prima inicial de la póliza debido a que ésta no entra en vigencia hasta que se ha pagado la prima inicial.
- 11. Prima:** Es el precio pactado por el seguro contratado.
- 12. Póliza:** Es el documento que contiene la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Particulares y los adenda que rigen la póliza.
- 13. Suma Asegurada:** Es el monto de seguro escogido por el Asegurado y que el Instituto aprobó para la emisión de esta póliza, según la opción contratada que se indica en la Solicitud de Seguro. Constituye la responsabilidad máxima del Instituto ante el Asegurado, al ocurrir el evento objeto de este contrato y limitada por la opción suscrita;



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

**SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

considerada de forma individual para las personas del grupo familiar incluidas que resulten afectadas en el evento.

**14. Tomador del Seguro:** Persona física que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el tomador la figura de Asegurado y beneficiario del seguro.

**CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA**

La suma asegurada es el monto escogido por el Asegurado y que el Instituto aprobó para la emisión de esta póliza, según la opción contratada que se indica en la solicitud de seguro. Cuando se trate de un seguro para el grupo familiar, el monto asegurado deberá ser igual para cada uno de los miembros del grupo. En este caso el Instituto efectuará la indemnización del monto asegurado por cada miembro de ese grupo familiar que fallezca.

El monto máximo asegurado por persona no podrá en ningún caso exceder los \$3.500,00 (tres mil quinientos dólares estadounidenses). Cuando existan varios contratos suscritos de este plan que superen el monto máximo establecido para una persona, el Instituto notificará al Asegurado y procederá a la devolución de primas de los seguros que no apliquen.

Según lo anterior, en caso de fallecimiento de un Asegurado incluido en este contrato el Instituto otorgará la indemnización por Gastos Funerarios, de acuerdo con las siguientes opciones de monto asegurado:

<b>SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DETALLE DE OPCIONES DE MONTO ASEGURADO</b>				
<b>Moneda</b>	<b>Opción I</b>	<b>Opción II</b>	<b>Opción III</b>	<b>Opción IV</b>
Dólares	\$1.000,00	\$1.500,00	\$ 2.000,00	\$3.500,00

Una vez efectuada la indemnización correspondiente el contrato permanecerá vigente para los demás integrantes del grupo familiar si ese fuera su interés y si se realiza el pago de la prima correspondiente, con excepción de los casos en que fallezca el Asegurado Titular, en cuyo caso la póliza (de grupo familiar) se mantendrá vigente hasta la próxima renovación. A partir de ese momento si el cónyuge sobreviviente desea continuar con el seguro, deberá constituir un nuevo contrato en cual figure como Asegurado Titular.

**CLÁUSULA V. COBERTURA**

El Instituto pagará la indemnización para gastos funerarios al (los) beneficiario (s), por el monto de la suma contratada en dólares estadounidenses o su



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

equivalente en colones, según lo establecido en la Cláusula XXV. Moneda y Tipo de Cambio; en caso de fallecimiento del Asegurado Titular o cualquiera de los miembros del grupo familiar incluidos en la póliza.

#### **CLÁUSULA VI. ENTRADA EN VIGENCIA DEL CONTRATO**

Es convenido que este contrato entrará en vigencia en la hora indicada la Solicitud de Seguro por parte del Asegurado Titular y cuando se pague la prima estipulada.

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

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.

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

La prima que se establece para este contrato es la que se detalla en la Solicitud de Seguro.

La prima que corresponde pagar será la que se haya definido para el Asegurado Titular, Cónyuge o conviviente e hijos.

En el caso de los hijos que presentan discapacidad, la prima a pagar será la establecida para caja hijo hasta una edad máxima de 24 años. Posteriormente, para efectos de pago de primas deberá considerarse como Asegurado Titular.

#### **CLÁUSULA VIII. PAGO DE PRIMAS**

Este seguro se basa en el pago de primas anuales.

La prima del seguro deberá pagarse por adelantado, utilizando cualquiera de los medios de pago que el Instituto ofrece para tal efecto: pago directo al Intermediario de Seguros Autorizado, en Sedes del INS, cobro por parte de una entidad recaudadora autorizada, cargo automático a tarjeta de crédito o débito y deducción mensual de salario. Asimismo, el pago deberá efectuarse considerando que la vigencia de esta póliza es anual y que el Instituto ofrece la opción de fraccionamiento de la prima ya sea de forma mensual, trimestral o semestral.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

Si el Asegurado selecciona una forma de pago diferente de la anual deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en el cuadro adjunto y en el formulario Solicitud-Recibo Póliza.

<b>Forma de Pago</b>	<b>Porcentaje de Recargo</b>	<b>Forma de Cálculo de la prima</b>
Mensual	7%	Prima anual *1.07/12
Trimestral	6%	Prima anual *1.06/4
Semestral	4%	Prima anual *1.04/2
Deducción Mensual de Salario	No incluye recargo	
Anual	No incluye recargo	

Cuando el Asegurado haya convenido en efectuar el pago en cuotas, de conformidad con las opciones descritas en el párrafo anterior y se presente el fallecimiento del Asegurado Titular o cualquiera de los miembros del grupo familiar incluidos en la póliza, del monto a pagar corresponderá realizar la deducción de las cuotas faltantes para completar la prima anual, tomando como referencia el cumplimiento del año póliza.

#### **Pago por medio de Deducción Mensual:**

El Asegurado autoriza al patrono a deducir de su salario la partida correspondiente a la prima de la póliza de Seguro para que sea entregada al Instituto en el entendido que esta deducción se seguirá efectuando hasta que:

1. Cese el trabajo con el patrono que realiza las deducciones de la prima.
2. Termine el período de pago de primas, de acuerdo con las condiciones de la póliza.
3. Solicite expresamente al Instituto Nacional de Seguros, que no realice más deducciones, en cuyo caso la comunicación deberá entregarla a más tardar el día 10 del mes correspondiente; caso contrario, la prima de ese mes deberá ser cubierta en su totalidad.
4. Se termine el sistema de deducciones mensuales.
5. Deje de percibir en forma transitoria el salario, total o parcialmente.

Cuando el pago se efectúa por este medio, en el comprobante de pago del salario del Asegurado se verá reflejado el pago de la prima.

No obstante, si el Asegurado paga la prima y ésta no es trasladada al Instituto por parte del patrono o de la empresa que efectúa las deducciones del sueldo,



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

una vez que se tenga la evidencia de tal hecho, el seguro continuará vigente procediendo a su vez el Instituto a cobrar la prima respectiva al patrono o a la empresa que efectuó la deducción del salario.

#### **CLÁUSULA IX. EDADES DE CONTRATACIÓN**

1. **Asegurado Titular:** La edad de contratación es de 18 a 69 años. Sin embargo, personas de 70 años y hasta los 99 años podrán asegurarse pagando la prima correspondiente al rango de edad mencionado.
2. **Cónyuge o conviviente en los términos del Código de Familia:** Se podrá considerar al cónyuge dentro del grupo familiar de 18 a 69 años. En edad de 70 años hasta 99 años el cónyuge podrá optar por un seguro propio bajo la modalidad de Asegurado Titular y pagando la prima correspondiente.
3. **Hijos:** Los hijos del Asegurado o de su cónyuge se podrán asegurar dentro del grupo familiar desde un año de edad hasta 17 años. Podrá extenderse hasta los 24 años, siempre y cuando demuestren ser dependientes económicos del Asegurado Titular, cónyuge o conviviente y solteros. Podrán asegurarse hijos discapacitados dependientes económicamente del Asegurado Titular limitado a las edades de contratación del Asegurado Titular.

#### **CLÁUSULA X. EDAD DE FINALIZACIÓN DE COBERTURA**

La protección de este contrato se extenderá según se indica:

**Asegurado Titular:** Hasta los 99 años.

**Cónyuge o conviviente:** Hasta los 69 años.

**Hijos:** Hasta los 17 años con posibilidad de extender la cobertura hasta los 24 años, cuando se trate de hijos dependientes y solteros.

Una vez alcanzada la edad de término de cobertura el cónyuge o conviviente y los hijos podrán optar por un seguro individual, pagando la prima correspondiente.

En caso de que alguno de los miembros del grupo familiar permaneciera incluido en el grupo familiar luego de superada la edad de cobertura y ocurriera el deceso de esa persona, será deducida de la indemnización la suma que corresponda para compensar la diferencia de primas dejada de pagar desde la edad en que debió asegurarse de forma independiente.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

## **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

### **CLÁUSULA XI. VIGENCIA DEL CONTRATO**

Este contrato se mantendrá vigente por un período de un año, excepto por falta de pago de primas y al final de este período el contrato se renovará automáticamente a menos que se presente alguna de las situaciones descritas en la Cláusula XV. Finalización del Contrato o hasta la edad máxima de cobertura.

### **CLÁUSULA XII. PERÍODO DE GRACIA**

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima cuando la forma de pago elegida por el Asegurado sea mensual, trimestral o semestral.

Si la forma de pago de prima elegida por el Asegurado es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.

Las obligaciones del Instituto se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia.

Si durante el período de gracia un Asegurado fallece, la prima vencida y sin pagar será deducida del monto a indemnizar.

### **CLÁUSULA XIII. EXCLUSIONES**

**Este seguro no presenta exclusiones.**

### **CLÁUSULA XIV. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

El contrato tiene vigencia anual y su renovación en cada aniversario está garantizada durante la vida del Asegurado Titular, excepto por falta de pago de primas, por declaración falsa y/o inexacta, según se indica en la Cláusula XXII. Investigación y Revisión de los Reclamos. La renovación del contrato estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada aniversario. La edad en cada renovación determinará el rango para el cálculo de la prima.

### **CLÁUSULA XV. FINALIZACION DEL CONTRATO**

Este Contrato se dará por finalizado cuando:

1. El Asegurado solicite de manera expresa la finalización de la cobertura dando aviso al Instituto al menos con un mes de anticipación.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

**SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

2. Fallezca el Asegurado Titular en el contrato de grupo familiar. La cancelación será a partir de la próxima renovación.
3. En el contrato individual fallezca el Asegurado.
4. Falta de pago de la prima.

**CLÁUSULA XVI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO**

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

**CLÁUSULA XVII. PERÍODO DE CARENCIA**

El Instituto no pagará la suma asegurada si un Asegurado muere por causas no accidentales durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de inclusión del Asegurado en este contrato, sea el titular o dependiente. En el caso de que el Asegurado cambie a una opción de monto asegurado superior, se reiniciará el periodo de carencia establecido anteriormente para el incremento correspondiente a partir de la fecha de dicho incremento.

Este período de carencia no aplica en caso de muerte accidental.

**CLÁUSULA XVIII. PRIVILEGIO DE CONTINUIDAD**

El período de carencia no se aplicará en seguros nuevos cuando se presenten las siguientes situaciones:

1. Cuando por fallecimiento del Asegurado Titular en una póliza de grupo familiar, el cónyuge sobreviviente suscriba un nuevo contrato a su nombre, manteniendo la misma opción de monto asegurado que tenía suscrita en el contrato anterior.
2. Para aquellos hijos dependientes que, una vez cumplidos los 18 ó 25 años, dejen de estar Asegurados como dependientes y deseen suscribir un nuevo seguro como titular, manteniendo la misma opción de monto asegurado que tenía suscrita en el contrato anterior.
3. Un Asegurado deje de pertenecer a un grupo y desee continuar con cobertura mediante la suscripción de un seguro individual, manteniendo la misma opción de monto asegurado que tenía suscrita en el contrato anterior.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

4. Cuando el cónyuge, estando incluido en el grupo familiar de la póliza, cumpla la edad de 70 años y desee continuar con cobertura mediante la suscripción de un seguro individual, manteniendo la misma opción de monto asegurado que tenía suscrita en el contrato anterior.

En los casos señalados en los puntos anteriores, el nuevo seguro debe ser suscrito durante los treinta (30) días naturales posteriores a la cancelación del primer contrato.

### **CLÁUSULA XIX. BENEFICIARIOS**

Para efectos de este contrato los beneficiarios serán:

- a. Por fallecimiento del Asegurado Titular, los beneficiarios designados por éste o en su defecto, los herederos legales del mismo.
- b. Por fallecimiento de los asegurados dependientes, el Asegurado Titular o, en su defecto, los herederos legales de los mismos.

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 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 un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

### **CLÁUSULA XX. DISPUTABILIDAD**

Los beneficios al amparo de este contrato son indisputables por parte del Instituto.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

## **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

### **CLÁUSULA XXI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el (los) Beneficiario (s) deberá (n) deberá presentar al Instituto o al Intermediario de seguros autorizado en un plazo no mayor de noventa (90) días naturales después de conocer el evento lo siguiente:

1. Certificado de Declaración de Defunción. En caso de que el fallecimiento ocurra en el extranjero deberá presentarse el documento oficial mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso, debidamente consularizado.
2. Fotocopia del documento de identidad de los beneficiarios y del Asegurado. Constancia de nacimiento o cédula para los beneficiarios menores de edad.

### **CLÁUSULA XXII. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES**

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 Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario.

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

Para informar sobre el siniestro o para consultar por el pago de la indemnización el Asegurado o el beneficiario se pueden comunicar al teléfono 800-TeleINS (800-8353467), enviar un fax al 2221-2294 o un correo electrónico a la dirección [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com)

### **CLÁUSULA XXIII. PRESCRIPCIÓN**

El derecho de plantear cualquier reclamo al amparo de este contrato, prescribe después de cuatro (4) años, contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

### **CLÁUSULA XXIV. INVESTIGACIÓN Y REVISIÓN DE LOS RECLAMOS**

El Instituto podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida.

Si cualquier información referente al Asegurado fuera fraudulenta, el Asegurado y/o (los) Beneficiario (s) perderá (n) todo derecho a la



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

indemnización, sin perjuicio de que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

El Instituto quedará relevado de toda responsabilidad y el Beneficiario perderá todo derecho de indemnización y se procederá a la anulación automática del contrato:

1. Si el (los) Beneficiario (s) presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas o inexactas sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.
2. Si en cualquier tiempo el (los) Beneficiario (s) o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgados por el presente contrato.

Si el Beneficiario hubiese recibido alguna indemnización relacionada con este contrato, quedará automáticamente obligado a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los intereses legales corridos desde la fecha en que se recibió dicha indemnización, más los gastos y tributos a que hubiere lugar.

### **CLÁUSULA XXV. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO**

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo el Instituto comunicará por escrito la decisión al Beneficiario a la última dirección reportada por el Asegurado o utilizando los medios disponibles tales como correo electrónico o fax, proporcionados por el mismo.
2. **Apelación:** El Beneficiario puede apelar la declinación del reclamo para lo que debe presentar su alegato escrito a la dependencia que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.

Esta apelación deberá realizarse ante el Instituto a más tardar durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha en que sea notificado de tal declinación. Transcurrido este período, no se tendrá derecho a apelación alguna.

### **CLÁUSULA XXVI. COMUNICACIONES**

Cualquier comunicación relacionada con esta póliza podrá ser 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 Solicitud de Seguro o a la última recibida por el Instituto.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

### **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

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 XXVII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO**

El pago de las primas e indemnizaciones que tengan lugar conforme a las obligaciones de esta póliza, se liquidarán en dólares estadounidenses.

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la definida en este contrato 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, para el pago en colones de primas tomadas en dólares 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 XXVIII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS**

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

#### **CLAUSULA XXIX. LEGITIMACION DE CAPITALES**

El Asegurado se compromete con el Instituto, a través del Contrato de Seguros, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente"; se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto solicite la colaboración para tal efecto.

El Instituto se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se lo solicite, en cualquier momento de la vigencia del Contrato en cuyo caso se efectuará la devolución de la prima no devengada al Asegurado, si la hubiera, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la cancelación del mismo.

#### **CLÁUSULA XXX. LEGISLACIÓN APLICABLE**

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato 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 del 2011 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

## **SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DOLARES**

### **CLÁUSULA XXXI. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS**

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 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 XXXII. COMPETENCIA JURISDICCIONAL**

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto por un lado y los asegurados y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

### **CLÁUSULA XXXIII. 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 XXXIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-37-A01-009-VLRCS de fecha 21 de mayo del 2010.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**

**Dirección de Seguros Personales**

**SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS**

**SOLICITUD - RECIBO PÓLIZA DÓLARES**

<b>DATOS PÓLIZA</b>	<b>MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN</b>	<b>Nº DE PÓLIZA:</b> _____
	Grupo Familiar	<b>Fecha:</b> _____
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>Hora de Inicio de vigencia:</b> _____

<b>DATOS DEL ASEGURADO TITULAR</b>	Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre Completo: _____
	Nombre o razón social: _____
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma
	Nº de Identificación: _____ Ocupación o actividad económica: _____
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año _____ Nacionalidad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
	Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
	Dirección exacta: _____
	Calle: _____ Avenida: _____ Otras señas: _____
	Apartado: _____ Teléfono Oficina: _____ Teléfono Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____
	Ingreso mensual aproximado: _____ Sitio Web: _____ Dirección Electrónica: _____
	Nombre del Patrono: _____ Teléfono del Patrono: _____ Nº de Fax: _____
	Cuenta Cliente: _____ Banco Emisor: _____ Cantidad de Empleados (sólo para Empresas): _____
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	

<b>DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO</b>	Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre Completo: _____
	Nombre o razón social: _____
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma
	Nº de Identificación: _____ Ocupación o actividad económica: _____
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año _____ Nacionalidad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
	Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
	Dirección exacta: _____
	Calle: _____ Avenida: _____ Otras señas: _____
	Apartado: _____ Teléfono Oficina: _____ Teléfono Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____
	Ingreso mensual aproximado: _____ Sitio Web: _____ Dirección Electrónica: _____
	Nombre del Patrono: _____ Teléfono del Patrono: _____ Nº de Fax: _____
	Cuenta Cliente: _____ Banco Emisor: _____ Cantidad de Empleados (sólo para Empresas): _____
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	

<b>DEPENDIENTES A ASEGURAR</b>	<b>ASEGURADO</b>	<b>CÉDULA</b>	<b>GENERO</b>		<b>PARENTESCO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
	Nombre Asegurado Dependiente 1:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	Nombre Asegurado Dependiente 2:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	Nombre Asegurado Dependiente 3:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	Nombre Asegurado Dependiente 4:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
	Nombre Asegurado Dependiente 5:		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

<b>PRIMA ANUAL EN DÓLARES(*)</b>						
<b>SUMA ASEGURADA</b>	<b>TITULAR</b>		<b>CONYUGE</b>	<b>PRIMA POR HIJO</b>	<b>Nº. Hijos</b>	<b>PRIMA ANUAL TOTAL</b>
	Entre 18 y 69 años		Entre 18 y 69 años	Entre 1 y 24 años		
\$ 1,000.00	\$ 6.5	\$ 5.8	\$ 1.1	\$		
\$ 1,500.00	\$ 9.8	\$ 8.6	\$ 1.6	\$		
\$ 2,000.00	\$ 13.1	\$ 11.5	\$ 2.2	\$		
\$ 3,500.00	\$ 22.9	\$ 20.2	\$ 3.8	\$		

  

<b>PRIMA ANUAL EN DÓLARES PARA PERSONAS CON 70 AÑOS O MÁS (*)</b>		
<b>SUMA ASEGURADA</b>	<b>TITULAR ENTRE 70 Y 79 AÑOS</b>	<b>TITULAR ENTRE 80 Y 99 AÑOS</b>
\$ 1,000.00	\$ 104.3	\$ 298.7
\$ 1,500.00	\$ 156.4	\$ 448.0
\$ 2,000.00	\$ 208.5	\$ 597.3
\$ 3,500.00	\$ 364.9	\$ 1,045.3

<b>RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO DE PRIMA</b>	
(*) Cuando la forma de pago elegida sea diferente de un pago anual, el asegurado deberá pagar una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado de acuerdo con el porcentaje que se indica a continuación:	
<input type="checkbox"/> Forma de Pago Mensual: 5%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 12.	\$
<input type="checkbox"/> Forma de Pago Trimestral: 4%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,04 y se divide entre 4.	\$
<input type="checkbox"/> Forma de Pago Semestral: 3%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,03 y se divide entre 2.	\$
<b>DEDUCCION MENSUAL DE SALARIO NO CONTEMPLA RECARGO, SE DEBE LLENAR BOLETA CORRESPONDIENTE</b>	

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

AUTORIZO AL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS A CARGAR A TARJETA DE CREDITO:

Nombre del Tarjetahabiente:

Tipo de tarjeta:  Visa  Master Card  American Express

Fecha de vencimiento:

Día Mes Año

Número de tarjeta:

"Me comprometo a mantener mi Tarjeta de Crédito en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el asegurado y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y la (s) empresa (s) administradora (s) de la (s) tarjeta (s) de cualquier responsabilidad que pueda derivarse del incumplimiento de este compromiso y quedo entendido que, en el caso de que no pueda hacerse efectivo el cargo cesará la protección de la póliza respectiva atribuible a mi persona."

Se asegura por:  Cuenta propia  A favor de un tercero**Asegurado Dependiente 1**

Yo \_\_\_\_\_ consiento mi aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

Para el caso de un menor de edad:

Si se trata de un asegurado menor de edad, Yo \_\_\_\_\_,

( \_\_\_\_\_ ) de \_\_\_\_\_,

(indicar parentesco)

(indicar el Nombre del menor Asegurado)

consiento el aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

**Asegurado Dependiente 2**

Yo \_\_\_\_\_ consiento mi aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

Para el caso de un menor de edad:

Si se trata de un asegurado menor de edad, Yo \_\_\_\_\_,

( \_\_\_\_\_ ) de \_\_\_\_\_,

(indicar parentesco)

(indicar el Nombre del menor Asegurado)

consiento el aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

**Asegurado Dependiente 3**

Yo \_\_\_\_\_ consiento mi aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

Para el caso de un menor de edad:

Si se trata de un asegurado menor de edad, Yo \_\_\_\_\_,

( \_\_\_\_\_ ) de \_\_\_\_\_,

(indicar parentesco)

(indicar el Nombre del menor Asegurado)

consiento el aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

**Asegurado Dependiente 4**

Yo \_\_\_\_\_ consiento mi aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

Para el caso de un menor de edad:

Si se trata de un asegurado menor de edad, Yo \_\_\_\_\_,

( \_\_\_\_\_ ) de \_\_\_\_\_,

(indicar parentesco)

(indicar el Nombre del menor Asegurado)

consiento el aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

**Asegurado Dependiente 5**

Yo \_\_\_\_\_ consiento mi aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

Para el caso de un menor de edad:

Si se trata de un asegurado menor de edad, Yo \_\_\_\_\_,

( \_\_\_\_\_ ) de \_\_\_\_\_,

(indicar parentesco)

(indicar el Nombre del menor Asegurado)

consiento el aseguramiento en este contrato.

Firma \_\_\_\_\_

DETALLE DE BENEFICIARIOS							
Nº	BENEFICIARIO	CÉDULA	PARENTESCO	GENERO		PORCENTAJE	FECHA DE NACIMIENTO
1	Beneficiario Asegurado Titular:			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M		
2	Beneficiario Asegurado Titular:			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M		

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 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 un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_

Apartado o Dirección: \_\_\_\_\_

Recuerde mantener actualizados sus datos.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mi, 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 contestación falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las condiciones generales y particulares 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](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 el contrato de seguro, si éstas se ha realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del asegurado \_\_\_\_\_

**El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.**

**Observaciones:**

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-835-3467, página web del INS, [www.ins.cr.com](http://www.ins.cr.com), en la opción contáctenos ó con su Intermediario de Seguros.

FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA DEL SOLICITANTE	FIRMA INTERMEDIARIO	FIRMA DEL SUBGERENTE
		INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  Guillermo Vargas Robón Subgerente Cédula Jurídica 400000-1902-22

**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 P16-37-A01-009 de fecha 25 de setiembre de 2009.**