

Instituto Nacional de Seguros

Autoexpedible Compra de Alimentos en Colones

Código de producto: P14-23-A01-061-VLRCS

Fecha de registro VLRCS: 27-mar-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-01183-2012

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA III. DEFINICIONES

1. Accidente: Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada simultáneamente por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.

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

3. Asegurador: Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.

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

5. Declinación: Rechazo de la solicitud de indemnización.

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

7. Falsedad: La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.

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

a) Se produzca como consecuencia de un accidente o enfermedad originada después de la fecha de inclusión en esta póliza, y



- b) Que el Asegurado sea declarado inválido por la entidad médica oficial debidamente autorizada, es decir, que por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera el sesenta y siete (67) % o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.

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

- a) La pérdida completa e irrecorable de la vista de ambos ojos.
b) La pérdida total y permanente, por amputación o enfermedad, de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.

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

- 10. Operador de Seguro Autoexpedible:** Son operadores de Seguro Autoexpedibles las personas jurídicas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados

ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.

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

- 12. Período de Gracia:** Es el período después de la fecha estipulada para el pago, durante el cual la prima puede ser pagada, sin recargo de intereses. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.

- 13. Pre-existencia:** Cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.

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

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

- 16. Reticencia:** La declaración se considerará reticencia cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es

omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.

17. Tomador del seguro:
Sinónimo de Asegurado.

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

En esta póliza el Asegurado elige el plan, el plazo y los montos asegurados estipulados en la Oferta de Seguro.

En ningún caso la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, podrá exceder los veinticinco millones de colones (¢25.000.000,00).

Para ello el Instituto cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definidos por el Instituto. Si eventualmente se emitiera la póliza, el Instituto tendrá la obligación de informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de quince (15) días naturales.

CLÁUSULA V. COBERTURAS

El Instituto indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las

coberturas que adelante se detallan.

Esta póliza está conformada por las coberturas básicas y adicionales que se detallan, por lo que éstas no se pueden contratar por separado.

Estas coberturas se ofrecen bajo dos planes excluyentes entre sí:

A. PLANES:

Plan A: Ofrece cobertura si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece a causa de muerte accidental o no accidental, otorgando al (los) Beneficiario (s) una suma inicial por la cobertura básica y una renta mensual durante tres o cinco años por la cobertura adicional, según la opción elegida.

Plan B: Ofrece cobertura si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece a causa de muerte accidental o es incapacitado total y permanentemente a causa de accidente, otorgando al Asegurado o al(los) Beneficiario (s) una suma inicial por la cobertura básica y una renta mensual durante tres o cinco años por la cobertura adicional, según la opción elegida.

B. COBERTURAS

PLAN A

1. Coberturas Básicas

- a. **Cobertura por Muerte No Accidental.** El Instituto indemnizará al (los) Beneficiario(s) la suma asegurada en un solo tracto según la opción elegida por



el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa no accidental.

- b. Cobertura por Muerte Accidental.** El Instituto indemnizará la suma asegurada al (los) Beneficiario(s) en un solo tracto, según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental.

2. Coberturas adicionales:

- a. Cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte No Accidental.** El Instituto indemnizará en rentas mensuales al (los) Beneficiario(s) según la opción y el número de años elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa no accidental.
- b. Cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte Accidental.** El Instituto indemnizará en rentas mensuales al(los) Beneficiario(s) según la opción y el número de años elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental.

PLAN B

1. Coberturas Básicas

- a. Cobertura por Muerte Accidental.** El Instituto indemnizará la suma asegurada al (los) Beneficiario(s) en un solo tracto, según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental.

- a. Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:** El Instituto indemnizará al Asegurado, mediante el pago en un solo tracto, la suma asegurada, según la opción contratada en la Oferta de Seguro, si el Asegurado es incapacitado total y permanentemente como consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta póliza. Esta cobertura opera si la declaración de Incapacidad Total y Permanente, se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza, independientemente de que el plazo de vigencia de la misma, hubiese terminado.

El pago de esta cobertura no excluye la indemnización de la cobertura adicional de Renta por Incapacidad Total y Permanente a causa de



accidente, que seguirá vigente hasta extinguirse la condición en que opera.

El pago de indemnización por esta cobertura, excluye la cobertura por Muerte Accidental y la cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte Accidental.

ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza independientemente de que el plazo de vigencia de la misma, hubiese terminado.

El pago por esta cobertura, excluye la cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte Accidental.

2. Coberturas adicionales:

a. Cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte Accidental. El Instituto indemnizará en rentas mensuales al(los) Beneficiario(s) según la opción y el número de años elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental.

b. Cobertura de Renta Mensual por Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente: El Instituto indemnizará al Asegurado mediante rentas mensuales según la opción contratada en la Oferta de Seguro, si el Asegurado es incapacitado total y permanentemente como consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta póliza. Esta cobertura opera si la declaración de Incapacidad Total y Permanente, se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la

CLÁUSULA VI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro Autoexpedible, no renovable cuya vigencia es de un año.

Entrará en vigor en la fecha indicada en la Oferta de Seguro, siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

CLÁUSULA VII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

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

1. Tener entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años de edad y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
2. Completar la Oferta de seguro.
3. Firmar el Formulario de Autorización para consulta de expediente médico.





4. Firmar la recepción de las Condiciones Generales.

Si el Operador de Seguro Autoexpedible o el intermediario de seguros autorizados emitiera pólizas para personas fuera de los límites de edad establecidos o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, el Instituto estará obligado solamente a devolver las primas que por ellos hubiere recibido. Dicho reintegro se hará al Asegurado en un plazo no mayor de quince (15) días naturales.

CLÁUSULA VIII. BENEFICIARIOS

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

Mientras esta póliza esté en vigor, el (los) Asegurado (s) puede, con sujeción a los términos de toda cesión existente, cambiar el (los) Beneficiario (s), mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que el Instituto suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención. La aceptación de dicho cambio quedará sujeta a que se demuestre la dependencia económica y/o de afinidad con el Asegurado.

En caso de que algún Beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario o Beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo

contrario en la póliza. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado, el monto pagadero bajo esa póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

La designación de un acreedor como Beneficiario le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo pendiente del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. Si ésta excede el importe del saldo del crédito al ocurrir el siniestro el remanente se pagará a los Beneficiarios distintos del acreedor, según corresponda. Los Beneficiarios tendrán derecho a exigir al Instituto que pague al acreedor el importe del saldo del crédito amparado por el seguro.

El Instituto se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, la decisión que tenga por objeto rescindir o anular la póliza, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones necesarias para la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el Instituto pague al acreedor el importe del saldo del crédito.

El cambio de Beneficiario acreedor sólo se podrá realizar con consentimiento de éste.

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 IX. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago mensual o total, en efectivo o con cargo automático en: cuenta de ahorros, cuenta corriente, tarjetas de crédito o débito, recibo por

servicios (agua, luz, teléfono o cable).

El Asegurado podrá optar por un descuento del **6.54%** por el pago adelantado del total de la prima de este seguro, cuya vigencia es de un año.

Forma de pago	Descuento
Total	6.54%
Mensual	0

En el caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado, durante los primeros 15 días de la emisión, se devolverá el 100% de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando en forma mensual, 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.

Si se realizó el pago total de la prima y el Asegurado solicita la cancelación del seguro dentro del periodo de cobertura de la póliza, se procederá a devolver el 78% de las primas no devengadas, deduciendo el 22% restante por concepto de gastos administrativos.

Cuando corresponda la devolución de primas, la misma se hará dentro de los 30 días naturales siguientes a la cancelación.



CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA

Para la forma de pago mensual el Instituto concederá al Asegurado un período de gracia de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima del mes. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia indicado, la póliza quedará cancelada.

Forma de pago	Periodo de Gracias (días)
Total	0
Mensual	60

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

CLÁUSULA XII. PERÍODO DE CARENCIA

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado fallece por causa no accidental durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de emisión de esta póliza. Este período de carencia no aplica en caso de muerte accidental.

CLÁUSULA XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado 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.

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

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Fax: 2221-2294

Correo Electrónico:
contactenos@ins-cr.com

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

Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o el (los) Beneficiarios deberá(n) 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 o al Beneficiario según corresponda y al Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado.

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

- a. Carta del Asegurado o (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los Beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.

En adición a lo anterior, para cada cobertura se deben presentar los siguientes documentos:

2. Para la cobertura de muerte no accidental:

- a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.
- b. En caso de que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso, debidamente consularizado.

3. Para la cobertura de muerte accidental:

- a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.
- b. Fotocopia completa de sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.
- c. En caso de que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso y la fotocopia completa del expediente judicial, ambos



debidamente
consularizados.

para completar el total de la prima
del año de esta póliza.

4. En caso de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:

- a. Declaratoria oficial de incapacidad total y permanente, expedida por la Caja Costarricense del Seguro Social, Poder Judicial o en su defecto por el Instituto Nacional de Seguros en los casos relacionados con los Regímenes del Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles y aquellos casos residuales que no son atendidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Poder Judicial, donde indique el diagnóstico, la fecha exacta de la incapacidad y que la misma se otorga **NO SUJETA A REVISIÓN.**

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

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

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

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

CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCION

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

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

CLÁUSULA XV. EXCLUSIONES

1. Para todas las coberturas:

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

- a. Suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.
- b. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o acto atribuible a dichos eventos.



c. La participación en motines, riñas o huelgas.

d. La comisión o tentativa de delito doloso.

e. La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases.

f. La participación como piloto o pasajero automóviles o vehículos en competencias de velocidad, resistencia o seguridad y accidentes de la navegación aérea o marítima, a no ser que el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves o embarcaciones de una línea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.

g. Los accidentes en los cuales el Asegurado sea sujeto activo causante del mismo y se encuentre bajo los efectos de estupefacientes, o drogas o bebidas alcohólicas. Para este último se considerará el estado de ebriedad según se defina en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento y/u orina.

2. Para la Cobertura de Muerte Accidental:

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

a. Enfermedad física o mental.

b. El accidente ocurrido previo a la emisión de esta póliza.

c. La muerte derivada a causas no accidentales.

3. Para la Cobertura de Muerte no Accidental:

a. No se cubrirá la muerte derivada directamente de las enfermedades pre-existentes establecidas en la Oferta de Seguro y tal como se establece en la Cláusula de Definiciones de esta póliza.

b. No se cubrirá la muerte derivada de causas accidentales.

c. No se cubrirá la muerte no accidental si el Asegurado fallece durante el período de Carencia de esta póliza.

4. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si:

a. La fecha de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente es anterior a la emisión de la póliza, o bien, que al momento de producirse el aseguramiento el Asegurado se encuentre tramitando algún tipo de invalidez.

b. La declaratoria de incapacidad total y permanente es otorgada posterior a los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

c. La Incapacidad Total y Permanente cesa o el Asegurado fallece, antes de recibir las pruebas satisfactorias de la incapacidad.

3. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

4. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza.

5. Fallezca el Asegurado.

CLÁUSULA XVII. NULIDAD ABSOLUTA DE DERECHOS.

Este contrato terminará y el Instituto quedará liberado de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que el Asegurado ha incurrido de forma intencional en reticencia o falsedad, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el Instituto hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.

En estos casos el Instituto retendrá las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

CLÁUSULA XVI. FINALIZACION DE LA PÓLIZA

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

1. Finalice la vigencia de la póliza.

2. Solicitud expresa del Asegurado.

Si el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) hubiese (n) recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza y posteriormente el Instituto compruebe que dicha indemnización fue producto de una reclamación fraudulenta o engañosa, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) quedará (n) automáticamente obligado (s) a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los daños y perjuicios causados.



Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

a) El Instituto tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al Asegurado la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el Instituto, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

b) Si el Instituto demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.

c) El derecho del Instituto de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

CLÁUSULA XVIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

2. Revisión: El Asegurado o el (los) Beneficiario (s) puede (n) solicitar una revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto, o ante el Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. Cuando proceda el Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguro Autorizado, remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida.

CLÁUSULA XIX. REPOSICIÓN DE PÓLIZA

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

CLÁUSULA XX. TIPO DE CAMBIO

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue tomada la póliza, el tomador 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 XXI. 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 XXII. 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 XXIII 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 XXIV. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLAUSULA XXV. NORMA SUPLETORIA

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 de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N°8956 del 12 de setiembre de 2011 y sus reformas, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLAUSULA XXVI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

**CLAUSULA
COMUNICACIONES****XXVII.**

Cualquier comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado en la Oferta de Seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto o al Intermediario de Seguros Autorizado cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta

para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado.

**CLÁUSULA XXVIII. 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 **P14-23-A01-061** de fecha 23 de diciembre del 2009.



Oferta-Recibo de Seguro Autoexpedible Protección de Compra de Alimentos en Colones

DATOS ASEGURADO	NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE:																																																																																																																																			
	Póliza de Seguro No.																																																																																																																																			
	Vigencia Desde Hasta																																																																																																																																			
	Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo																																																																																																																															
	Tipo de Identificación		Cédula de Residencia		Pasaporte		Permiso de Trabajo		Estado Civil		Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐																																																																																																																									
	Nº de Identificación				Ocupación				Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐		Célibe ☐																																																																																																																									
	Fecha de nacimiento		Día Mes Año		Género		Femenino ☐ Masculino ☐		Nacionalidad																																																																																																																											
	Provincia		Cantón		Distrito																																																																																																																															
	Dirección Exacta																																																																																																																																			
	Calle		Avenida		Otras Señas																																																																																																																															
Apartado Postal:		Teléfono Oficina		Teléfono Domicilio		Teléfono Celular																																																																																																																														
Dirección Electrónica								Fax																																																																																																																												
DECLARACION	Declaro no padecer o haber padecido las siguientes enfermedades: 1- Enfermedades del corazón por presión alta. 2- Infarto del Miocardio. 3- Derrame Cerebral. 4- Diabetes Mellitus. 5- Tumores malignos o cáncer. 6- SIDA. 7- Infecciones por el virus VIH (SIDA). 8- Bronquitis crónica enfisema. 9- Insuficiencia Renal. 10- Cirrosis Hepática.																																																																																																																																			
	En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. Si el fallecimiento es a consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso este contrato será nulo.																																																																																																																																			
NOTIFICACIONES	DEFINICION:																																																																																																																																			
	Preexistencia: Se considera pre-existente cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.																																																																																																																																			
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado:																																																																																																																																			
	Correo Electrónico: _____ celular ----- fax _____																																																																																																																																			
OPCION DE ASEGURAMIENTO	Apartado o Dirección: _____ Recuerde mantener actualizados sus datos.																																																																																																																																			
	Suma asegurada que deseo contratar en ₡ Colones																																																																																																																																			
OPCION DE ASEGURAMIENTO	<table border="1"><thead><tr><th colspan="6">PLAN A</th><th colspan="6">PLAN B</th></tr><tr><th colspan="6">Coberturas</th><th colspan="6">Coberturas</th></tr><tr><th></th><th></th><th>Básica</th><th>Adicional</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th>Básica</th><th>Adicional</th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>Marque con "X" la opción a contratar</td><td>Cantidad de años a indemnizar</td><td>Muerte Accidental y Muerte no Accidental</td><td>Renta Mensual</td><td>Prima Mensual</td><td>Prima Total</td><td>Marque con "X" la opción a contratar</td><td>Cantidad de años a indemnizar</td><td>Muerte Accidental o Incapacidad Permanente</td><td>Renta Mensual</td><td>Prima Mensual</td><td>Prima Total</td></tr><tr><td></td><td>3 años</td><td>₡500.000</td><td>₡50.000</td><td>₡2.057</td><td>₡23.073</td><td></td><td>3 años</td><td>₡500.000</td><td>₡50.000</td><td>₡781</td><td>₡8.419</td></tr><tr><td></td><td>3 años</td><td>₡1.000.000</td><td>₡100.000</td><td>₡4.115</td><td>₡46.146</td><td></td><td>3 años</td><td>₡1.000.000</td><td>₡100.000</td><td>₡1.501</td><td>₡16.838</td></tr><tr><td></td><td>3 años</td><td>₡2.000.000</td><td>₡200.000</td><td>₡8.229</td><td>₡92.293</td><td></td><td>3 años</td><td>₡2.000.000</td><td>₡200.000</td><td>₡3.003</td><td>₡33.676</td></tr><tr><td></td><td>5 años</td><td>₡500.000</td><td>₡100.000</td><td>₡5.154</td><td>₡57.808</td><td></td><td>5 años</td><td>₡500.000</td><td>₡100.000</td><td>₡1.754</td><td>₡19.676</td></tr><tr><td></td><td>5 años</td><td>₡1.000.000</td><td>₡150.000</td><td>₡7.936</td><td>₡88.999</td><td></td><td>5 años</td><td>₡1.000.000</td><td>₡150.000</td><td>₡2.681</td><td>₡30.072</td></tr><tr><td></td><td>5 años</td><td>₡2.000.000</td><td>₡250.000</td><td>₡13.499</td><td>₡151.389</td><td></td><td>5 años</td><td>₡2.000.000</td><td>₡250.000</td><td>₡4.535</td><td>₡50.864</td></tr></tbody></table>												PLAN A						PLAN B						Coberturas						Coberturas								Básica	Adicional					Básica	Adicional			Marque con "X" la opción a contratar	Cantidad de años a indemnizar	Muerte Accidental y Muerte no Accidental	Renta Mensual	Prima Mensual	Prima Total	Marque con "X" la opción a contratar	Cantidad de años a indemnizar	Muerte Accidental o Incapacidad Permanente	Renta Mensual	Prima Mensual	Prima Total		3 años	₡500.000	₡50.000	₡2.057	₡23.073		3 años	₡500.000	₡50.000	₡781	₡8.419		3 años	₡1.000.000	₡100.000	₡4.115	₡46.146		3 años	₡1.000.000	₡100.000	₡1.501	₡16.838		3 años	₡2.000.000	₡200.000	₡8.229	₡92.293		3 años	₡2.000.000	₡200.000	₡3.003	₡33.676		5 años	₡500.000	₡100.000	₡5.154	₡57.808		5 años	₡500.000	₡100.000	₡1.754	₡19.676		5 años	₡1.000.000	₡150.000	₡7.936	₡88.999		5 años	₡1.000.000	₡150.000	₡2.681	₡30.072		5 años	₡2.000.000	₡250.000	₡13.499	₡151.389		5 años	₡2.000.000	₡250.000	₡4.535	₡50.864
	PLAN A						PLAN B																																																																																																																													
	Coberturas						Coberturas																																																																																																																													
			Básica	Adicional					Básica	Adicional																																																																																																																										
	Marque con "X" la opción a contratar	Cantidad de años a indemnizar	Muerte Accidental y Muerte no Accidental	Renta Mensual	Prima Mensual	Prima Total	Marque con "X" la opción a contratar	Cantidad de años a indemnizar	Muerte Accidental o Incapacidad Permanente	Renta Mensual	Prima Mensual	Prima Total																																																																																																																								
		3 años	₡500.000	₡50.000	₡2.057	₡23.073		3 años	₡500.000	₡50.000	₡781	₡8.419																																																																																																																								
		3 años	₡1.000.000	₡100.000	₡4.115	₡46.146		3 años	₡1.000.000	₡100.000	₡1.501	₡16.838																																																																																																																								
		3 años	₡2.000.000	₡200.000	₡8.229	₡92.293		3 años	₡2.000.000	₡200.000	₡3.003	₡33.676																																																																																																																								
		5 años	₡500.000	₡100.000	₡5.154	₡57.808		5 años	₡500.000	₡100.000	₡1.754	₡19.676																																																																																																																								
		5 años	₡1.000.000	₡150.000	₡7.936	₡88.999		5 años	₡1.000.000	₡150.000	₡2.681	₡30.072																																																																																																																								
	5 años	₡2.000.000	₡250.000	₡13.499	₡151.389		5 años	₡2.000.000	₡250.000	₡4.535	₡50.864																																																																																																																									
* El Asegurado podrá optar por un descuento del 6,54% por el pago adelantado del total de la prima de esta seguro cuya vigencia es de un año.																																																																																																																																				
BENEFICIARIOS	DETALLE DE BENEFICIARIOS																																																																																																																																			
	No.	APELLIDOS		NOMBRE		CEDULA	PARENTESCO		PORCENTAJE PARTICIPACION		TELÉFONO DE CONTACTO																																																																																																																									
	1																																																																																																																																			
	2																																																																																																																																			
	3																																																																																																																																			
	4																																																																																																																																			
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 ☐ En Efectivo ☐ Planillas ☐ Otros Servicios ☐ Luz ☐ Agua ☐ Cable ☐ Teléfono ☐ Tarjeta Débito ☐ Tarjeta de Crédito																																																																																																																																				
Nombre: _____ Tipo de tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard																																																																																																																																				
Número de tarjeta o cuenta: _____ Fecha de vencimiento: _____																																																																																																																																				
Moneda: Colones ☐ Forma de pago de la prima del Seguro: ☐ Mensual ☐ Prima Total																																																																																																																																				
Número de Póliza: _____ Monto a cargar: _____ El cargo será a partir de: _____																																																																																																																																				
Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.																																																																																																																																				
El inicio de la cobertura para esta póliza será en la fecha de emisión del seguro, siempre que se realice el pago de la prima.																																																																																																																																				

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. 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. _____

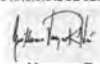
El presente producto cumple las características definidas en el artículo 24.- Seguros Autoexpedibles y artículo 42 -Registros Obligatorios-, inciso a), el Anexo 15 -Registro de Pólizas tipo- y el artículo 47 Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-23-A01-061 de fecha 23 de diciembre del 2009.

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 .

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO/ ASEGURADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS AUTORIZADO/ ASEGURADORA:

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, pagina Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos correo electrónico contactenos@ins-cr.com, o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  Guillermo Vargas Roldán SUBGERENTE		
NOMBRE DEL ASEGURADO	CEDULA DEL ASEGURADO	FIRMA DEL ASEGURADO
RAZÓN SOCIAL DEL OPERADOR	CEDULA JURÍDICA DEL OPERADOR	NÚMERO DE REGISTRO DE OPERADOR
NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR	CÉDULA FÍSICA DEL VENDEDOR DE OPERADOR	FIRMA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR
Sólo los seguros del INS tienen la garantía del estado		