

Instituto Nacional de Seguros

AUTOEXPEDIBLE
COMPRA DE ALIMENTOS
EN COLONES

Código de producto: P14-23-A01-061

Fecha de registro: 23 de diciembre de 2009

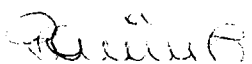
Oficio de solicitud de registro: G-4962-2009

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. 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:** Toda persona física protegida por esta póliza, debidamente registrada en el mismo como titular.
3. **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 en la Oferta de Seguro de la(s) indemnización(es) derivada(s) de esta póliza.
4. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
5. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
6. **Muerte No Accidental:** Toda muerte que no sea a causa de un accidente.
7. **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.
8. **Período de Carencia:** Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, durante el cual el reclamo no procede.
9. **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.

10. 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.

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

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

CLÁUSULA III. 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 IV. 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. Cobertura Básica

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. Cobertura adicional:

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.

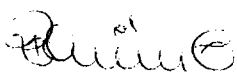
b. **Cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte Accidental.** El Instituto indemnizará en rentas mensuales al(los) Beneficiario(s) según la opción y el número de años elegidos por el Asegurado en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental.

PLAN B

1. Cobertura Básica

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.

b. **Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:** El Instituto indemnizará la suma asegurada al Asegurado en un solo tracto 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. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad 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 esta póliza hubiera 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.

2. Cobertura adicional:

- 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 la suma asegurada al Asegurado en 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 la póliza. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad 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 esta póliza hubiera terminado.

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

CLÁUSULA V. 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 VI. 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 VII. 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 VIII. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA IX. 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 X. 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 XI. 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 XII. 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.

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.

Revisar

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.

Una vez el Instituto haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza será girada al Asegurado o (los) Beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado, o en su defecto al albacea de la sucesión en un plazo no mayor de 30 días naturales.

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.

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.

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

de esta póliza cuya vigencia es de un año.

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 presentación de reclamos en otros idiomas distintos al español e inglés, el Asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

CLÁUSULA XIII. 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.

Revisar



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.

Handwritten signature

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.

CLÁUSULA XIV. 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.

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 XV. 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 o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por el asegurador o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato.

Si la falsedad o inexactitud proviene del Asegurado o de quien lo represente el asegurador tiene derecho a retener las primas pagadas; si proviniera del asegurador o su representante, el Asegurado podrá exigir la devolución de lo pagado por primas más un 10% en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el Asegurado solo tendrá derecho a percibir las primas que haya pagado. El Instituto hará el reintegro en un plazo de 15 días



hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

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 el (los) Beneficiario (s) quedará (n) automáticamente obligado (s) a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los daños y perjuicios causados.

CLÁUSULA XVI. 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 XVII. OMISIÓN Y/O, INEXACTITUD.

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

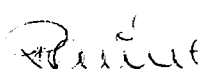
Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas. Si el pago de la prima es Mensual, las primas pagadas se darán por totalmente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

CLÁUSULA XVIII. 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 XIX. 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 XX. 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, Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XXI. 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.

CLÁUSULA XXII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

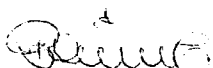
CLÁUSULA XXIII. COMUNICACIONES

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

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto o al Intermediario de Seguros Autorizado cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado.

CLÁUSULA XXIV. 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
_____ de fecha
_____.