

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible Vida Renta en Colones

**Código de producto: P14-23-A01-061  
(Versión 3)**

**Fecha de registro V3: 24-ene-13**

**Oficio de solicitud de registro V3: G-00100-2013**

---

---

**INDICE**

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA.....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO .....	3
CLÁUSULA IV. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA .....	5
CLÁUSULA VI. COBERTURAS .....	5
CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	7
CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD .....	8
CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS .....	8
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA .....	9
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN .....	9
CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA .....	9
CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA .....	10
CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE CARENCIA .....	10
CLÁUSULA XV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	10
CLÁUSULA XVI. PLAZO DE RESOLUCIÓN .....	12
CLÁUSULA XVII. EXCLUSIONES.....	12
CLÁUSULA XVIII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	14
CLÁUSULA XIX. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO.....	14
CLÁUSULA XX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD.....	15
CLÁUSULA XXI. REPOSICIÓN DE PÓLIZA .....	15
CLÁUSULA XXII. TIPO DE CAMBIO .....	15
CLÁUSULA XXIII. PRESCRIPCIÓN.....	15
CLÁUSULA XXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	15
CLÁUSULA XXV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	16
CLÁUSULA XXVI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	16
CLÁUSULA XXVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	16
CLÁUSULA XXVIII. COMUNICACIONES .....	16
CLÁUSULA XXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	16
CLÁUSULA XXX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA.....	17

## **Seguro Autoexpedible Vida Renta en Colones**

### **Acuerdo de Aseguramiento**

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

Es una póliza Autoexpedible donde el Asegurado se asegura por cuenta propia. En atención al pago de la prima convenida acuerda:

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

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

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



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente  
Cédula Jurídica 400000-1902-22

## CONDICIONES GENERALES

revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

### CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

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

### CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

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

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

### CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

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

El Instituto dispondrá de un plazo de 10 días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la

### CLÁUSULA IV. DEFINICIONES

- 1. Accidente:** Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada 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 de 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 reticente 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 del Asegurado.

## **CLÁUSULA V. 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 diez (10) días hábiles.

## **CLÁUSULA VI. COBERTURAS**

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

Esta póliza está conformada por 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 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 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 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 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 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 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 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 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.**

## 2. Coberturas adicionales:

**a. Cobertura de Renta Mensual a causa de Muerte Accidental.** El Instituto indemnizará en rentas mensuales al 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 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.**

## CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

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

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



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

Para efectos de las coberturas adicionales se girará una renta mensual durante el tiempo estipulado en la Oferta de Seguro, después de la ocurrencia del siniestro.

### **CLÁUSULA VIII. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado 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 y firmar la Oferta de seguro.

### **CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS**

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

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

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

#### **Advertencia:**

En el caso de que se desee nombrar 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 X. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

#### **CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN**

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

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

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

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

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

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

#### **CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA**

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento del año-póliza, el Instituto informará al Asegurado las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Asegurado también podrá solicitar modificaciones en las condiciones establecidas en la oferta de seguro, mediante solicitud escrita enviada al Instituto, excepto que se trate de cambios en la Suma Asegurada. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la

modificación que entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación anual de la póliza.

En caso de que el Asegurado no efectúe la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia de la misma, quedando en este caso excluidos únicamente los siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

#### **CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA**

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

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

Si durante el período de gracia 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 XIV. PERÍODO DE CARENIA**

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 XV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado o el 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 Beneficiario (s) 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 Beneficiario (s) deberá (n) presentar, independientemente de la cobertura a afectar, los siguientes documentos:**

- a. Carta del Asegurado o el Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del 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:**

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 Beneficiario(s).

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

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 XVI. PLAZO DE RESOLUCIÓN**

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

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

#### **CLÁUSULA XVII. EXCLUSIONES**

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

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

- a. Suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos. obtenerse por análisis de sangre, aliento y/u orina.
  - 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 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.
  - f. 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
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.

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

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

1. Finalice la vigencia de la póliza.
2. Solicitud expresa del Asegurado.

3. 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 y no haya pagado la prima.
5. Fallezca el Asegurado.
6. El Asegurado alcance la edad de los sesenta y cinco (65) años y los trescientos sesenta y cuatro (364) días.

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

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al Asegurado o Beneficiario (s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.
2. **Revisión:** El Asegurado o el 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 XX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD**

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

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

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

#### **CLÁUSULA XXI. REPOSICIÓN DE PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, emitirá un duplicado sin

costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado.

#### **CLÁUSULA XXII. TIPO DE CAMBIO**

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue tomada la póliza, el Asegurado podrá pagar según el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

#### **CLÁUSULA XXIII. PRESCRIPCIÓN**

Los derechos derivados del contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

#### **CLÁUSULA XXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE**

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



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

### **CLÁUSULA XXVI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

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

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

### **CLÁUSULA XXVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

### **CLÁUSULA XXVIII. COMUNICACIONES**

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

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

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

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

**CLÁUSULA XXX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la superintendencia General de

Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-23-A01-061- V2 de fecha 02 de noviembre del 2012.

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>	PÓLIZA DE SEGURO NO.		OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:		
	Vigencia Desde:		Hasta:		
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil:
	N° de Identificación		Ocupación:		<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidad:
	Provincia:		Cantón:		Distrito:
	Dirección exacta:				
	Apartado Postal:		Teléfono de Domicilio:		Teléfono Celular:
	Dirección Electrónica:				Fax:

<b>DECLARACIONES</b>	<b>Declaro no padecer o haber padecido las siguientes enfermedades:</b>		
	1- Enfermedad del corazón por presión alta	5-Tumores malignos o cáncer	9- Insuficiencia Renal
	2-Infarto de Miocardio	6-SIDA	10-Cirrosis Hepática
	3-Derrame Cerebral	7-Infecciones por el virus VIH (SIDA)	
	4-Diabetes Mellitus	8-Bronquitis crónica o enfisema	
En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. 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.			
<b>DEFINICIÓN:</b> <b>Preexistencia:</b> 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.			

<b>NOTIFICACIONES</b>	Señale el medio por el cual desea ser notificado.	
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Celular: _____
	<input type="checkbox"/> Fax: _____	<input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____
Recuerde mantener actualizados sus datos.		

Suma asegurada que deseo contratar en Colones										
OPCION DE ASEGURAMIENTO	Marque con "X" la opción a contratar	PLAN A			Marque con "X" la opción a contratar	PLAN B				
		Cantidad de años a indemnizar	Básica	Adicional		Prima Mensual	Cantidad de años a indemnizar	Básica	Adicional	Prima Mensual
			Muerte Accidental y Muerte no Accidental	Renta Mensual				Muerte Accidental o Incapacidad Permanente	Renta Mensual	
	<input type="checkbox"/>	3 años	¢500.000	¢50.000	¢2.057	<input type="checkbox"/>	3 años	¢500.000	¢50.000	¢751
	<input type="checkbox"/>	3 años	¢1.000.000	¢100.000	¢4.115	<input type="checkbox"/>	3 años	¢1.000.000	¢100.000	¢1.501
	<input type="checkbox"/>	3 años	¢2.000.000	¢200.000	¢8.229	<input type="checkbox"/>	3 años	¢2.000.000	¢200.000	¢3.003
	<input type="checkbox"/>	5 años	¢500.000	¢100.000	¢5.154	<input type="checkbox"/>	5 años	¢500.000	¢100.000	¢1.754
	<input type="checkbox"/>	5 años	¢1.000.000	¢150.000	¢7.936	<input type="checkbox"/>	5 años	¢1.000.000	¢150.000	¢2.681
	<input type="checkbox"/>	5 años	¢2.000.000	¢250.000	¢13.499	<input type="checkbox"/>	5 años	¢2.000.000	¢250.000	¢4.535
Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.										

**Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

## DETALLE DE BENEFICIARIOS

No.	APELLIDOS	NOMBRE	CÉDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE PARTICIPACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
1						
2						
3						
4						
5						

## AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO

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

Cuenta de Ahorros  
  Cuenta Corriente  
  Efectivo  
  Planillas  
 Otros Servicios  
  Agua  
  Luz  
  Teléfono  
  Cable  
  Tarjeta Débito  
  Tarjeta Crédito

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de Tarjeta:  Visa    MasterCard

Número de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Moneda:  Colones   Forma de pago de la prima del Seguro:  Mensual    Anual

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.

**La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.**

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com). Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

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


**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 27 de marzo del 2012.**

**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 .**

El asegurado tiene la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. El Instituto dispondrá de un plazo de diez días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

## 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, página Web del INS ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)) en la opción contáctenos correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com), o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

_____ NOMBRE DEL ASEGURADO	_____ CÉDULA DEL ASEGURADO	_____ FIRMA DEL ASEGURADO	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  Guillermo Vargas Roldán Subgerente Cédula Jurídica 400000-1902-22
_____ Razón Social del Operador	_____ Cédula Jurídica del Operador	_____ Número de Registro de Operador	
_____ Nombre del Vendedor del Operador	_____ Cédula Física del Vendedor del Operador	_____ Firma del Vendedor del Operador	



**Oferta - Rcibo Seguro Autoexpedible  
Vida Renta Colones N°**

Logo del operador

Vigencia del :                      al :

**Datos del Asegurado:**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Número de Identificación:	Fecha Nacimiento: Edad:	Estado Civil: Sexo:
Dirección Exacta:	Tel. Celular	Tel. Domicilio      Tel. Oficina
Nacionalidad:	Dirección Electrónica	
	Apartado Postal:	Fax:

Declaro no padecer o haber padecido de alguna de las siguientes enfermedades:  
 1- Enfermedad 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 o 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 preexistente a la emisión de este seguro, en cuyo caso este contrato será nulo.

**Notificaciones:**

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Dirección:

**Recuerde mantener actualizados sus datos.**

**Definiciones**

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.

**Opción de Aseguramiento:**

Años de Indemnización	Cobertura Básica		Coberturas Adicionales Montos de Rentas Mensuales	Prima Mensual
	Muerte Accidental	Muerte No Accidental	Renta Mensual	
5 Años			¢	

**Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.**

**Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**Beneficiarios:**

Apellidos	Nombres	Parentesco	Cédula	%Participación	Teléfono Contacto
-----------	---------	------------	--------	----------------	-------------------

**Autorización para pago de primas mediante cargo automático:**

El Asegurado autoriza el cargo en su tarjeta de crédito o cuenta de cargo el importe de la prima, a partir de la fecha de emisión de póliza

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al Asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.

Por la presente declaro que toda 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 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 la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado. \_\_\_\_\_

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

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles del Instituto Nacional de Seguros, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización OA

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. El Instituto dispondrá de un plazo de 10 días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

**OBSERVACIONES :**

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 V02 de fecha 27 de marzo del 2012.

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS ó al número 800-8353467, página Web del INS ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)) en la opción contáctenos correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com), o con su Operador de Seguros.

Nombre del Asegurado

Número de Identificación:



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente

Gerente del INS  
CED. JUDIC. 400000 - 1902 - 22

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

NOMBRE DEL OPERADOR Cédula Jurídica:

N° Registro:

\_\_\_\_\_  
Nombre Funcionario

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación Vendedor

\_\_\_\_\_  
Firma Vendedor

**Sólo** los seguros del INS tienen la garantía del Estado.