

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible de Multiseguro

# Dólares

**Código de producto: P14-23-A01-096**

**Versión 3**

**Fecha de registro V3: 19-oct-12**

**Oficio de solicitud de registro V3: G-05050-2012**

**INDICE**

INDICE .....	- 1 -
ACUERDO DE ASEGURAMIENTO.....	- 2 -
CONDICIONES GENERALES.....	- 3 -
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. SUMA A INDEMNIZAR.....	- 5 -
CLÁUSULA VII. COBERTURAS .....	- 5 -
CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	- 8 -
CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	- 8 -
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA .....	- 8 -
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION.....	- 8 -
CLÁUSULA XII. PERÍODO DE GRACIA.....	- 9 -
CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE CARENCIA .....	- 9 -
CLÁUSULA XIV. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA.....	- 9 -
CLÁUSULA XV. BENEFICIARIOS.....	- 10 -
CLÁUSULA XVI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO .....	- 11 -
CLÁUSULA XVII. SUICIDIO .....	- 11 -
CLÁUSULA XVIII. DISPUTABILIDAD .....	- 11 -
CLÁUSULA XIX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	- 11 -
CLÁUSULA XX. PLAZO DE RESOLUCION .....	- 13 -
CLÁUSULA XXI. EXCLUSIONES .....	- 13 -
CLÁUSULA XXII. FINALIZACION DE LA PÓLIZA .....	- 15 -
CLÁUSULA XXIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO.....	- 15 -
CLÁUSULA XXIV. OMISIÓN Y/O, INEXACTITUD .....	- 16 -
CLÁUSULA XXV. REPOSICIÓN DE PÓLIZA .....	- 16 -
CLÁUSULA XXVI. TIPO DE CAMBIO.....	- 16 -
CLÁUSULA XXVII. PRESCRIPCIÓN.....	- 16 -
CLÁUSULA XXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	- 16 -
CLAUSULA XXIX. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS .....	- 17 -
CLÁUSULA XXX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	- 17 -
CLAUSULA XXXI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	- 17 -
CLAUSULA XXXII. COMUNICACIONES .....	- 17 -
CLÁUSULA XXXIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	- 17 -
CLÁUSULA XXXIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA .....	- 18 -

## **ACUERDO DE ASEGURAMIENTO**

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

Es una póliza Autoexpedible donde el Asegurado se asegura por cuenta propia.

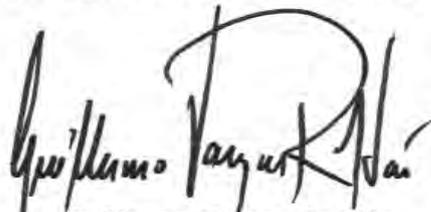
En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) nombrado (s), el monto asegurado según la opción contratada en la Oferta de Seguro, al recibir prueba fehaciente de que la muerte, objeto de cobertura en esta Póliza le ocurrió al Asegurado durante la vigencia de la misma. Adicionalmente exonera al Asegurado del pago de primas de esta póliza en caso de quedar desempleado con responsabilidad patronal.

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

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

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente  
Cédula Jurídica 400000-1902-22

## CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del Asegurado: la Oferta- Recibo 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 cinco (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 diez (10) días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

### CLÁUSULA IV. DEFINICIONES

- 1. Accidente:** 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. Despedido:** Es la persona que ha estado empleada y su empleo termina por causas totalmente fuera de su control.

**7. Desempleado:** Es toda aquella persona que se encuentra sin trabajo.

Si es un empleado copropietario de la empresa para la cual labora, además de cumplir la condición anterior, su compañía debe estar en proceso de liquidación por la demanda de alguna persona física o jurídica, que no sea a su vez copropietario de la empresa.

**8. Disputabilidad:** Cláusula que permite al Instituto investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la incapacidad o muerte de un Asegurado, antes de cumplir los diferentes plazos establecidos en las condiciones generales o particulares de las coberturas ofrecidas en la póliza.

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

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

**11. 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.

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

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

**14. Pre-existencia:** Enfermedad, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.

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

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

**17. Saldo promedio de la cuenta:**

Corresponde a la sumatoria del saldo diario de la cuenta de ahorros del período considerado (noventa días naturales) dividido entre el número de días del período, el Instituto tomará como base la información suministrada por el Banco.

**18. Tomador del seguro:** Sinónimo de Asegurado.

**CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA**

El Asegurado elegirá la opción de la cobertura básica entre las indicadas en la Oferta-Recibo de Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de aseguramiento.

En ningún caso la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, podrán exceder los cincuenta mil dólares (US\$50.000,00).

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. SUMA A INDEMNIZAR**

Para cada Asegurado, el monto de indemnización corresponde al saldo promedio de los últimos noventa días naturales de su cuenta de ahorros, siempre y cuando sea un monto de saldo superior a cero (0). Este monto tendrá límites mínimos y máximos dependiendo de la cobertura y opción elegida en la Oferta-Recibo de Seguro.

**CLÁUSULA VII. COBERTURAS**

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

Esta póliza está conformada por la Cobertura básica y las adicionales, por lo que las coberturas adicionales no se pueden contratar por separado.

Este seguro se ofrece bajo dos opciones excluyentes entre sí. Asimismo se puede suscribir sólo un seguro por cuenta, el cual debe necesariamente estar emitido en la misma moneda de la cuenta.

**A. Coberturas:**

**Opción N°1:**

**1. Coberturas Básicas:**

**a. Cobertura de Muerte No Accidental:**

Esta cobertura opera si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa no accidental y consiste en promediar el saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado y pagar tres (3) veces este promedio. Dicho pago se realizará en un solo tracto. El monto mínimo de indemnización es ciento cincuenta dólares (\$150,00) y el monto máximo a indemnizar de cuatro mil quinientos (\$4.500,00).

**b. Cobertura por Muerte Accidental:**

Esta cobertura opera si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental y consiste en promediar el saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado y pagar cuatro (4) veces este promedio. Dicho pago se realizará en un solo tracto. El monto mínimo a indemnizar es de doscientos dólares (\$200,00) y el monto máximo de seis mil dólares (\$6.000,00).

**2. Coberturas Adicionales:**

**a. Cobertura Funeraria.**

Esta cobertura consiste en un pago adicional a la cobertura básica en caso de que el Asegurado fallezca por causa accidental o no accidental durante la vigencia de la póliza y consiste en promediar el saldo diario de los últimos noventa

días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado y pagar dos (2) veces este promedio. Dicho pago se realizará en un solo tracto. El monto mínimo a indemnizar es de cien dólares (\$ 100,00) y el monto máximo de setecientos cincuenta dólares (\$ 750,00).

**b. Cobertura de Renta del Hogar.**

Esta cobertura opera si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa accidental o no accidental y consiste en pagar una renta mensual durante tres meses equivalente al promedio del saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado para cubrir los gastos fijos del hogar. El monto mínimo a indemnizar es de ciento cincuenta dólares (\$150,00) y el monto máximo de cuatrocientos cincuenta dólares (\$ 450,00).

**c. Cobertura de exoneración de pago de primas en caso de desempleo.**

El Instituto exonera el pago de primas de este seguro por un período máximo de cuatro (4) meses, en caso de el Asegurado quede desempleado durante la vigencia de la póliza, únicamente por despido con responsabilidad patronal, máximo un evento por año póliza.

**Las coberturas de Renta Hogar y Exoneración de pago de primas,**

operan si el fallecimiento del Asegurado o su desempleo, según corresponda, ocurriere durante la vigencia de esta póliza y sus indemnizaciones se darán aunque la vigencia de la misma haya concluido.

## Opción N°2

### 1. Coberturas Básicas:

#### a. Cobertura de Muerte No Accidental:

Esta cobertura opera si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa no accidental y consiste en promediar el saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado y pagar tres (3) veces este promedio. Dicho pago se realizará en un solo tracto. El monto mínimo de indemnización es ciento cincuenta dólares (\$150,00) y el monto máximo a indemnizar de quince mil dólares (\$15.000,00).

#### b. Cobertura por Muerte Accidental:

Esta cobertura opera si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa de muerte accidental y consiste en promediar el saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado y pagar cuatro (4) veces este promedio. Dicho pago se realizará en un solo tracto. El monto mínimo a indemnizar es de doscientos

dólares (\$200,00) y el monto máximo de veinte mil dólares (\$20.000,00).

### 2. Coberturas Adicionales:

#### a. Cobertura Funeraria.

Esta cobertura consiste en un pago adicional a la cobertura básica en caso de que el Asegurado fallezca por causa accidental o no accidental durante la vigencia de la póliza y consiste en promediar el saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado y pagar dos (2) veces este promedio. Dicho pago se realizará en un solo tracto. El monto mínimo a indemnizar es de cien dólares (\$100,00) y el monto máximo de dos mil quinientos dólares (\$2.500,00).

#### b. Cobertura de Renta del Hogar.

Esta cobertura opera si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por causa de muerte accidental o no accidental y consiste en pagar una renta mensual durante tres meses equivalente al promedio del saldo diario de los últimos noventa días naturales de la cuenta de ahorros del Asegurado para cubrir los gastos fijos del hogar. El monto mínimo a indemnizar es de ciento cincuenta dólares (\$ 150,00) y el monto máximo a indemnizar de mil quinientos dólares (\$1.500,00).

**c. Cobertura de exoneración de pago de primas en caso de desempleo.**

El Instituto exonera el pago de primas de este seguro por un período máximo de cuatro (4) meses, en caso de que el Asegurado quede desempleado durante la vigencia de la póliza, únicamente por despido con responsabilidad patronal, máximo un evento por año póliza.

**Las coberturas de Renta Hogar y Exoneración de pago de primas, operan si el fallecimiento del Asegurado o su desempleo, según corresponda, ocurriere durante la vigencia de esta póliza y sus indemnizaciones se darán aunque la vigencia de la misma haya concluido**

**CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**

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

Entrará en vigor en la fecha indicada en la Oferta-Recibo 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.

**CLÁUSULA IX. 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.
3. Tener cuenta de ahorros con una entidad financiera.

**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 DEVOLUCION**

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

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

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

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. 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 XIII. PERÍODO DE CARENCIA**

El Instituto no indemnizará el monto asegurado indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado muere 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.

Asimismo, la cobertura de Exoneración de Pago de Primas en caso de Desempleo, tiene un período de carencia de sesenta (60) días naturales, contados desde la fecha de emisión de esta póliza, durante los cuales en caso de ocurrir el despido, no será amparable.

#### **CLÁUSULA XIV. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA**

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 XV. BENEFICIARIOS

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

Mientras esta póliza esté en vigor, el Asegurado puede, cambiar el (los) Beneficiario (s), mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que será suministrado por el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o el intermediario de seguros autorizado, 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.

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 XVI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO**

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

#### **CLÁUSULA XVII. SUICIDIO**

En los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza el Instituto no indemnizará si la muerte ocurre por causa de suicidio.

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

#### **CLÁUSULA XVIII. DISPUTABILIDAD**

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

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

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

#### **CLÁUSULA XIX. 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](mailto:contactenos@ins-cr.com)

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

Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá presentar los requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Sede del Instituto que corresponda,

con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

**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.
- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.
- d. Detalle de los movimientos diarios de los últimos noventa días naturales, que muestre el saldo promedio mensual emitido por el Banco al que pertenece la cuenta de ahorros.

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 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 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 fotocopia completa del expediente judicial, ambos debidamente consularizados.

**4. Para la cobertura de Renta Hogar y Funeraria:**

- a. Para estas coberturas aplicarán los requisitos establecidos para las coberturas de muerte, diferenciándolas según sea la causa accidental o no accidental.

**5. Para la cobertura de exoneración de primas por desempleo:**

- a. Dar aviso del hecho, por escrito al emisor de la tarjeta dentro de los cinco días hábiles siguientes al hecho.
- b. Fotocopia de la Carta de despido, en la que se indica la causa y fecha efectiva del mismo.
- c. Reporte de cuotas pagadas a la CCSS, en donde se pueda verificar el patrono con el que laboraba y el tiempo que laboró para el mismo.

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) Beneficiarios.

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 anual.

#### **CLÁUSULA XX. 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 XXI. EXCLUSIONES**

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

- a. **La participación en insurrección, guerra, terrorismo o acto atribuible a dichos eventos.**
- b. **La participación en motines, riñas o huelgas.**
- c. **La comisión o tentativa de delito doloso.**
- d. **La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases.**
- 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 que sean provocados por el Asegurado como consecuencia de la ingesta 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 u orina.

- g. Si la persona que reclama del importe de la póliza como beneficiario o heredero legítimo, fuere autora o cómplice de la causa o evento que origina la reclamación, declarada por sentencia judicial firme, perderá todo derecho a la indemnización.

1. 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.

2. Para la Cobertura de Muerte no Accidental:

- a. No se cubrirá la muerte derivada de causas accidentales.
- b. No se cubrirá la muerte no accidental si el Asegurado fallece durante el período de Carencia de esta póliza.

3. Para la Cobertura Funeraria.

- a. No se reconocerá esta cobertura en los casos en que las coberturas básicas de muerte accidental o no accidental no se amparen.

4. Para la Cobertura de Renta Hogar

- a. No se reconocerá esta cobertura en los casos en que las coberturas básicas de muerte accidental o no accidental no se amparen.

5. Para la Cobertura Exoneración de Primas por Desempleo

El Instituto no reconocerá esta cobertura si el Asegurado:

- a. No ha estado continuamente empleado, por al menos seis (6) meses previos al desempleo cubierto bajo esta cobertura.
- b. Queda desempleado durante el Período de Carencia.
- c. Está empleado bajo contrato a plazo fijo y queda desempleado, como consecuencia de la terminación del plazo pactado en el contrato de trabajo.
- d. Tiene un trabajo temporal.
- e. Solicita su despido en forma voluntaria por reestructuración, acuerdo mutuo con el patrono, renuncie, se jubile o se jubile en

forma anticipada y voluntariamente.

- f. Es despedido por su patrono sin responsabilidad patronal.
- g. Conoce la posibilidad de desempleo a la fecha de inicio de esta póliza.
- h. Queda desempleado como resultado de terremoto, inundación y eventos de carácter catastrófico; conmoción civil, vandalismo, terrorismo, guerra o evento similar, accidente nuclear, contaminación nuclear, detonación de armas nucleares y similares.
- i. Queda desempleado a causa de Incapacidad Total y Permanente.
- j. Sea despedido mientras se encuentre fuera del territorio costarricense por más de sesenta (60) días naturales. Esta exclusión no aplicará si la causa por la cual el Asegurado deja el territorio costarricense es:
- por trabajar en una embajada o consulado costarricense.
  - si la empresa para la cual trabaja está registrada en Costa Rica y lo envía a laborar con la compañía matriz o subsidiaria.

## CLÁUSULA XXII. 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 Período de Gracia de esta póliza y que no haya pago de prima.
5. El Asegurado alcance la edad de los sesenta y cinco (65) años y los trescientos sesenta y cuatro (364) días
6. Fallezca el Asegurado.

## CLÁUSULA XXIII. 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 luego de recibida.

#### **CLÁUSULA XXIV. 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 emisión del seguro o en la ocurrencia del siniestro.

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

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

#### **CLÁUSULA XXV. 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 XXVI. 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 XXVII. 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 XXVIII. 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 XXIX. 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 XXX. 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.

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

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

#### **CLAUSULA XXXII. 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 XXXIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

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

**CLÁUSULA XXXIV. REGISTRO ANTE  
LA SUPERINTENDENCIA**

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 A01-096 VLRCS** de fecha **04-05-2012**.

<b>DATOS ASEGURADO</b>	Nº DE POLIZA:		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:	
	Nº 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 Domicilio:		Teléfono Celular:	
	Dirección Electrónica:					Fax:	

<b>DECLARACION</b>	<b>Declaro no padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades:</b>		
	1- Enfermedades del corazón por presión alta.	5-Tumores malignos o cáncer.	9-Insuficiencia Renal.
	2-Infarto del Miocardio.	6-SIDA.	10-Cirrosis Hepática.
	3- Derrame Cerebral.	7-Infecciones por el virus VIH (SIDA).	
	4- Diabetes Mellitus.	8- Bronquitis crónica 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 este seguro, en cuyo caso este contrato será nulo. Si la enfermedad es posterior a la emisión de este seguro las coberturas por fallecimiento estarán cubiertas.			
<b>DEFINICIÓN:</b>			
<b>Preexistencia:</b> Se considera pre-existente cualquier enfermedad, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro. Saldo promedio de la cuenta: Corresponde a la sumatoria del saldo diario de la cuenta de ahorros del período considerado (noventa días naturales) dividido entre el número de días del período.			

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

<b>OPCIONES DE ASEGURAMIENTO</b>	<b>Este seguro se ofrece bajo dos opciones excluyentes entre sí. Asimismo se puede suscribir sólo un seguro por cuenta, el cual debe necesariamente estar emitido en la misma moneda de la cuenta.</b>						
	Marque con "x" la opción a contratar	Coberturas Básicas		Coberturas Adicionales			
		Muerte No Accidental	Muerte Accidental	Cobertura Funeraria	Renta Hogar	Beneficio Exoneración de pago de primas en caso de desempleo	Prima Mensual
	<input type="checkbox"/> Opción 1	3 veces el saldo promedio con un mínimo \$150 y un máximo \$4.500	4 veces el saldo promedio con un mínimo \$200 y un máximo \$6.000	2 veces el saldo promedio con un mínimo \$100 y un máximo \$750	Durante 3 meses el saldo promedio con un mínimo \$ 150 y un máximo \$ 450	Durante 04 meses	\$ 2,21
	<input type="checkbox"/> Opción 2	3 veces el saldo promedio con un mínimo \$ 150 y un máximo \$15.000	4 veces el saldo promedio con un mínimo \$200 y un máximo \$20.000	2 veces el saldo promedio con un mínimo \$100 y un máximo \$2.500	Durante 3 meses el saldo promedio con un mínimo \$150 y un máximo \$ 1.500	Durante 04 meses	\$ 4,11
Para determinar la prima anual se deberá multiplicar la prima mensual por doce y al resultado a aplicar un descuento de 4.76%							

<b>BENEFICIARIOS</b>	<b>Advertencia:</b> 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.						
	Nº	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje de Participación	Teléfono de contacto
	1						
	2						

**TARJETA A ASEGURAR Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO**

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

Cuenta de Ahorros       Tarjeta Débito

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

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

Moneda:     Dólares      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 en mi cuenta de ahorros o tarjeta de débito 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 . 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.**

**La cuenta de ahorros que se considerará para el cálculo de la indemnización será aquella en la que se realice el cargo del seguro.**

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). Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Firma del Asegurado. \_\_\_\_\_

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

**El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles del Instituto Nacional de Seguros, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización A01 .**

**La documentación contractual y la nota técnica que integran 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-A01-096 de fecha 21 de febrero 2011.**

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. Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza. 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 / OPERADOR / 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).

_____ Nombre del Asegurado	_____ Razón Social del Operador	_____ Nombre del Vendedor del Operador	<p align="center"><b>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b></p>  <p align="center">Guillermo Vargas Roldán Subgerente Cédula Jurídica 400000-1902-22</p>
_____ Cédula del Asegurado	_____ Cédula Jurídica del Operador	_____ Cédula Física del Vendedor del Operador	
_____ Firma del Asegurado	_____ Número de registro del Operador	_____ Firma del Vendedor	



# Oferta - Recibo Seguro Autoexpedible Multiseuro Dólares N°

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**

Vigencia del : al :

**NOMBRE DEL OPERADOR**

**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 no haber padecido alguna de las siguientes enfermedades : 1- Enfermedades del corazón por presión alta. 2- Infarto del Miocardio. 3-Derrame 4 - Diabetes Mellitus. 5-Tumores malignos 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 este seguro, en cuyo caso este contrato será nulo. Si la enfermedad es posterior a la emisión de este seguro las coberturas por fallecimiento estarán cubiertas.

**Notificaciones:**

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Dirección:

**Recuerde mantener actualizados sus datos.**

**Definiciones**

**Preexistencia:** Se considera pre-existente cualquier enfermedad, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.  
**Saldo promedio de la cuenta:** Corresponde a la sumatoria del saldo diario de la cuenta de ahorros del período considerado (noventa días naturales) dividido entre el número de días del período.

Este seguro se ofrece bajo dos opciones excluyentes entre sí. Asimismo se puede suscribir sólo un seguro por cuenta, el cual debe necesariamente estar emitido en la misma moneda de la cuenta.

**Montos mínimos y máximos a indemnizar**

Cobertura Básica		Coberturas Adicionales			
Muerte No Accidental	Muerte Accidental	Cobertura funeraria	Renta Hogar	Beneficio Exoneración de pago de primas en caso de desempleo	Prima Individual
					US\$

Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 4,76% 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 la póliza 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:**

**Forma de Pago:**

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

**La cuenta de Ahorros que se considerará para el cálculo de la indemnización será aquella en la que se realice el cargo del seguro.**

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 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 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. Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza. 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.

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.

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.

**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 la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-23-A01-096 de fecha 21 de febrero del 2011.

Nombre del Asegurado

Número de documento



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente

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

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

NOMBRE DEL OPERADOR Cédula Jurídica:

Registro:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Vendedor del  
Operador

\_\_\_\_\_  
Cédula Física del Vendedor del  
Operador

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

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