

# ***Instituto Nacional de Seguros***

## **Seguro de Vida Universal Plus**

### **Dólares**

**Código de producto: P14-25-A01-232-VLRCS**

**Fecha de registro VLRCS: 01-dic-11**

**Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-05194-2011**



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA I. EL CONTRATO**

Constituyen esta póliza de Vida Universal Plus en Dólares y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

#### **CLÁUSULA II. RECTIFICACION DE LA POLIZA**

Si al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá devolverla en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones. En caso de que el Asegurado no desee continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

#### **CLÁUSULA III. DEFINICIONES**

Los términos, palabras y frases que se indican a continuación se definen tal y como deben entenderse o ser usadas en esta póliza:

- 1. Accidente:** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo este contrato.
- 2. Aniversario – Póliza:** Fecha de cada aniversario de la emisión de la póliza.
- 3. Aportes extraordinarios:** Aportes voluntarios de dinero que puede realizar el Asegurado cuando así lo desee, adicional al pago de la prima mínima.
- 4. Asegurado:** Persona que está cubierta por esta póliza.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

- 5. Beneficiario (s):** Persona (s) designada (s) por el Asegurado a quien (es) se le (s) reconoce el derecho de percibir el total o la proporción indicada de la indemnización derivada de esta póliza.
- 6. Causahabiente:** Persona que ha sucedido o se ha subrogado por derechos o bienes de otra u otras.
- 7. Cargo por Retiro:** Es el monto que retiene el Instituto en el caso de realizar un Retiro Parcial del Valor Acumulado o que se rebaja en caso de Retiro Total de la Póliza.
- 8. Costo Mensual del Seguro:** Es el costo de seguro que se deduce del Valor Acumulado al principio de cada mes conforme las coberturas seleccionadas. Esto para hacerle frente a los siniestros esperados y gastos administrativos que se incurren en la operación del negocio. El costo de seguro aumenta cada año en el aniversario de la póliza y de acuerdo con la edad del Asegurado.
- 9. Día de Actualización Mensual:** Es el último día de cada mes, fecha en la que se realizan todos los cálculos de ingresos y rebajos sobre el Valor Acumulado.
- 10. Disputabilidad:** Cláusula defensiva que permite a la compañía de seguros investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la incapacidad o muerte de un Asegurado, antes de cumplir los diferentes plazos establecidos en las condiciones generales o particulares de las coberturas ofrecidas en la póliza. Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la emisión y el mismo ocurre antes de los plazos indicados, permite liberar al Instituto de su responsabilidad de pago.
- 11. Enfermedad terminal:** alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo, que puede ser determinada por los médicos y que es de carácter progresivo e incurable, llevando a la muerte inevitablemente en un determinado lapso de tiempo no mayor a un (1) año a partir del diagnóstico que da derecho a esta cobertura.
- 12. Incapacidad total y permanente:** Se entiende como incapacidad total y permanente la que cumpla con las siguientes condiciones:
  - a)** Se produzca como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta póliza.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

- b) Que el Asegurado sea declarado incapacitado total y permanentemente por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera el sesenta y siete por ciento (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.

**13. Instituto:** Es el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, denominado en adelante "Instituto" que emite la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que conforman este contrato.

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

**15. Período de Gracia:** En caso de pago fraccionado de la prima, es el período después del vencimiento de la misma, durante el cual ésta puede ser pagada sin el cobro de intereses ni recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado. No se otorga ningún período de gracia para el pago de una prima inicial de la póliza debido a que ésta no entra en vigencia hasta que se ha pagado la prima inicial.

**16. Prima Mínima Anual:** Es la prima del seguro que garantiza que el Valor Acumulado es suficiente para mantener el seguro vigente a la edad de finalización de cobertura, siempre y cuando no se realicen retiros.

**17. Prima Planeada:** El monto de la prima que el Asegurado elige pagar a partir de la prima mínima anual.

**18. Reticencia:** Ocultación maliciosa de forma parcial o total efectuada por el Asegurado al realizar las declaraciones sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.

**19. Retiro Total de la Póliza:** Es el retiro total del Valor Acumulado, al cual se le rebajan los Cargos por Retiro, dando por cancelada la póliza.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

- 20. Retiro Parcial:** Es el retiro parcial del Valor Acumulado, al cual se le retienen los cargos por retiro, mismos que se mantienen en el Valor Acumulado.
- 21. Suma Asegurada:** Es el monto especificado de la cobertura básica y las coberturas adicionales que se detalla en las Condiciones Particulares de esta póliza.
- 22. Tomador del seguro:** Persona física o jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el tomador la figura de Asegurado y beneficiario del seguro.
- 23. Valor Acumulado:** Es la acumulación en el tiempo de las primas mínimas pagadas, aportes extraordinarios más los intereses reconocidos, menos los costos de seguro mensual, los retiros realizados y los cargos por retiro conforme la tabla de cargos por retiro.
- 24. Valor de Retiro:** Es el monto que puede disponer el Asegurado del Valor Acumulado, una vez que a éste se le haya rebajado el Cargo por Retiro.

### **CLAUSULA IV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**

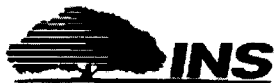
Esta póliza es un seguro de vida individual anual renovable. Entrará en vigor a las 00:00 horas del día en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima estipulada.

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

### **CLÁUSULA V. COBERTURAS**

De conformidad con las condiciones de esta póliza el Instituto asume la cobertura de muerte accidental y muerte no accidental del Asegurado.

Las coberturas adicionales que se pueden contratar son las siguientes:



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

### **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

1. Doble indemnización por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental.
2. Exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado.
3. Pago adicional de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota.
4. Adelanto de la mitad de la Suma Asegurada de la cobertura básica en caso de una enfermedad terminal.
5. Seguro de Vida Temporal a quince (15) años.
6. Seguro de Vida Temporal a veinte (20) años.
7. Cobertura de muerte accidental o no accidental para Otro Asegurado.
8. Cobertura de muerte accidental o no accidental para Hijos.
9. Cobertura de indemnización para Gastos Funerarios.

No obstante lo anterior, para esta póliza solamente tendrán efectividad aquellas coberturas que aparecen identificadas en las Condiciones Particulares.

**Las coberturas indicadas en los incisos 2 y 3 son excluyentes entre sí.**

El monto mínimo de contratación para la cobertura básica de muerte es de \$10.000 (diez mil dólares).

#### **CLÁUSULA VI. COBERTURA BÁSICA – MUERTE**

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de la cobertura indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza, el Instituto cubrirá la suma asegurada más el Valor Acumulado en caso de fallecimiento del Asegurado por causas accidentales o no accidentales. Esta cobertura finaliza según lo estipula la Cláusula Finalización de la Póliza y si el Asegurado sobrevive a los noventa y cinco (95) años de edad, el Instituto le girará el Valor Acumulado disponible a la fecha y cancelará el seguro.

El monto mínimo de contratación para esta cobertura es de \$10.000,00 (diez mil dólares).

Si el Asegurado contratara únicamente esta cobertura, podrá elegir a su conveniencia la inclusión de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

Si el Asegurado contratara esta cobertura y alguna de las adicionales excepto la de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente y la de pago adicional de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota, se le incorporará automáticamente la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente, con su costo respectivo.

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad, así como todas las coberturas adicionales del seguro.

### **CLÁUSULA VII. COBERTURAS ADICIONALES**

Las coberturas adicionales que operan para este seguro serán elegidas por el Asegurado y se especificarán en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La fecha de vigencia de las coberturas adicionales es la fecha de emisión de la póliza, si son adquiridas al momento de la emisión del seguro. Si se añade luego, la fecha de vigencia y la suma asegurada se indicarán en las Condiciones Particulares.

#### **1. COBERTURA DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL**

##### **a. Ámbito de cobertura**

Esta cobertura operará siempre que la muerte, desmembramiento o pérdida de la vista ocurra antes de alcanzar el Asegurado la edad de sesenta y cinco (65) años de edad y dentro de los noventa (90) días naturales contados desde la fecha de la lesión.

El costo de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado, está incluido automáticamente dentro de esta cobertura.

El monto máximo de contratación por la cobertura de doble indemnización por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista es de \$200.000,00 (doscientos mil dólares), por lo que en el caso de que la suma asegurada en la cobertura básica sea superior a dicho monto, el de esta cobertura se limitará al monto mencionado.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

Esta cobertura tiene los siguientes componentes:

- i. **Muerte accidental:** Cubre el pago de una suma adicional igual a la suma básica asegurada en caso de muerte accidental del asegurado.
- ii. **Desmembramiento o pérdida de la vista:** Cubre la pérdida de miembros que sufra el Asegurado como resultado de un accidente, según la siguiente descripción de indemnizaciones.

El Instituto pagará la proporción de la suma asegurada en la cobertura básica que corresponda para esta cobertura si el Asegurado sufre alguna de las siguientes pérdidas:

1. Por pérdida de ambas manos por amputación en las muñecas o arriba de ellas, la suma asegurada en la cobertura básica.
2. Por pérdida de ambos pies por amputación en los tobillos o arriba de ellos, la suma asegurada en la cobertura básica.
3. Por pérdida de una mano y un pie por amputación en la muñeca y/o el tobillo o arriba de ellos, la suma asegurada en la cobertura básica.
4. Pérdida total y definitiva de la vista de ambos ojos, la suma asegurada en la cobertura básica.
5. Por pérdida de una mano, por amputación en la muñeca o arriba de ella, o por pérdida de un pie por amputación en el tobillo o arriba de él, la mitad de la suma asegurada en la cobertura básica.
6. Por pérdida definitiva de la vista de un ojo, la tercera parte de la suma asegurada en la cobertura básica.
7. Por pérdida simultánea de los dedos pulgar e índice de una misma mano por amputación a la altura de las falanges proximales, la sexta parte de la suma asegurada en la cobertura básica.

Si un accidente causa varias lesiones, el Instituto sólo pagará la que diera lugar a la máxima indemnización. La responsabilidad del Instituto en esta cobertura cesará con el pago de alguna de las indemnizaciones.

La indemnización de esta cobertura por desmembramiento o pérdida de la vista, cancela esta cobertura y las demás continúan vigentes.

### **iii. Doble pago por accidente calificado**



## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

Las indemnizaciones de esta cobertura se duplican si la muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental fuere a consecuencia directa de un accidente ocurrido en las siguientes circunstancias:

- i. Mientras el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo terrestre, de propulsión mecánica, operado regularmente por algún concesionario de transporte público, pero no al momento de abordar o descender de dicho vehículo o como consecuencia de ello.
- ii. Mientras el Asegurado viaje como pasajero en un ascensor ordinario de pasajeros o de carga excepto en elevadores de minas o de edificios en construcción.
- iii. Como consecuencia de incendio en un edificio público en el que se encontrare el Asegurado al principio de la conflagración.
- iv. Como consecuencia de la caída de un rayo, de un huracán o de la explosión de una caldera de vapor.

### **b. Pago de indemnización**

Si el Asegurado fallece por accidente no calificado, se le indemniza una vez por la cobertura básica y otra vez por esta cobertura. Si el Asegurado fallece por accidente calificado, se le indemniza una vez por la cobertura básica y dos veces por esta cobertura.

El pago de esta cobertura la cancela independientemente de que la indemnización sea por fallecimiento, desmembramiento o pérdida de la vista. En caso de que la indemnización no sea por fallecimiento, el Asegurado dejará de pagar las primas de esta cobertura.

Si el Asegurado fallece accidentalmente y al mismo tiempo sufre algún desmembramiento, se pagará solamente la muerte accidental y la cobertura básica. Asimismo, si el Asegurado es indemnizado por desmembramiento o pérdida de la vista y luego fallece por la misma causa dentro del período de noventa (90) días naturales contados a partir de la fecha del accidente, se indemniza la suma cubierta por muerte accidental menos la sumas pagadas por desmembramiento o pérdida de la vista.

## **2. COBERTURA DE EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

### **a. Ámbito de cobertura**



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

El Instituto conviene en exonerar al Asegurado del pago de cada prima correspondiente al costo mensual del seguro para la cobertura por muerte y las coberturas adicionales, mientras se padezca la incapacidad total y permanente y a partir del recibo del aviso y prueba de incapacidad, por escrito, de toda reclamación bajo la presente cobertura.

Además el Instituto reconocerá como incapacidad total y permanente:

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

Esta cobertura será concedida luego de haber transcurrido un período continuo de incapacidad no menor de seis meses.

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad y además cancela la de pago adicional de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota.

### **b. Aviso y prueba de incapacidad**

El aviso escrito mediante el cual se comunica y da prueba suficiente de la incapacidad total y permanente, deberá presentarse al Instituto y ser recibido por éste bajo las siguientes circunstancias:

- i. Mientras el Asegurado esté vivo y durante la vigencia de la incapacidad total y Permanente.
- ii. Mientras la póliza esté vigente o dentro de los seis (6) meses posteriores al vencimiento del plazo total de vigencia de esta cobertura.
- iii. Dentro de un período de doce (12) meses después del vencimiento de la primera prima dejada en descubierto, si la hubiere.

### **3. PAGO ADICIONAL DE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA BÁSICA EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGADERA EN UNA CUOTA**

#### **a. Ámbito de cobertura**



## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

El Instituto pagará al Asegurado una indemnización adicional igual a la suma asegurada en la cobertura básica de muerte accidental o no accidental, en caso de que el Asegurado haya quedado incapacitado total y permanentemente. Esta indemnización se pagará en un único tracto.

El Instituto pagará la indemnización cuando la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado sea consecuencia de un accidente generador de las siguientes lesiones:

- a. La pérdida completa e irrecorable de la vista de ambos ojos.
- b. La pérdida total de ambas manos por amputación de las muñecas o arriba de ellas.
- c. La pérdida de ambos pies por amputación de los tobillos o arriba de ellos.
- d. La pérdida de una mano y un pie por amputación en la muñeca y el tobillo o arriba de ellos.

**Cualquier otra lesión o situación generadora de una incapacidad total y permanente diferente de las enumeradas anteriormente está excluida de esta cobertura.**

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad y además cancela la de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente.

### **4. ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA BÁSICA EN CASO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL**

#### **a. Ámbito de cobertura**

El Instituto conviene adelantar mediante un único pago, el cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, cuando recibiere aviso y prueba, por escrito, de que el Asegurado presenta un diagnóstico de enfermedad terminal y que no sobrepasa un año de vida, conforme se define en esta cobertura y con sujeción a las cláusulas establecidas en él. Dicha suma se otorgará al Asegurado. En caso que el Asegurado se encuentre en estado comatoso y se presente el diagnóstico que da derecho a esta cobertura, la suma a otorgar será entregada al Beneficiario o Beneficiarios nombrados por el Asegurado, conforme lo establece la Cláusula de Beneficiario, de las Condiciones Generales de esta póliza.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

El costo de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado, está incluido automáticamente dentro de esta cobertura.

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad, quedando la cobertura básica de muerte con un monto asegurado correspondiente a la mitad de la suma asegurada en la emisión.

### **b. Período de carencia**

Esta cobertura tiene un período de carencia de noventa (90) días naturales. Esto significa que no está cubierta ninguna enfermedad terminal diagnosticada al Asegurado antes de que esta cobertura haya estado en vigor noventa (90) días naturales.

### **c. Cesión**

Ninguna cesión de la póliza original a que se adhiere esta cobertura, obligará al Instituto para el pago de la cobertura aquí descrita a menos que dicha cesión haya sido registrada por él. El Instituto no será responsable de la validez o legalidad de las cesiones que se hagan.

En caso de que la póliza estuviere cedida como garantía colateral por crédito hipotecario con el Instituto, el monto de la cobertura se aplicará a la amortización de la deuda y si quedare algún remanente, se pagará en la forma indicada con anterioridad.

## **5. SEGURO DE VIDA TEMPORAL**

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de la cobertura indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza, el Instituto cubrirá la suma asegurada aceptada por él, en caso de muerte por causas accidentales o no accidentales del Asegurado.

El costo de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente, está incluido automáticamente dentro de esta cobertura.

El monto mínimo de contratación para esta cobertura es de \$10.000,00 (diez mil dólares) y el máximo, hasta la suma asegurada en la cobertura básica.



## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

El Asegurado podrá elegir entre un seguro temporal a quince (15) años o veinte (20) años.

Una vez vencido el período temporal esta cobertura se cancela.

Esta cobertura no tiene Valor Acumulado.

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad así como todas las coberturas del seguro.

### **6. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O NO ACCIDENTAL PARA "OTRO ASEGURADO"**

#### **a. Ámbito de cobertura**

Bajo esta cobertura se podrá incluir el cónyuge o el socio del Asegurado, como "Otro Asegurado" para que en caso de fallecimiento de éste por causas accidentales o no accidentales, se pague la Suma Asegurada en esta cobertura a los Beneficiarios designados. Esta cobertura sólo se podrá otorgar al cónyuge o al socio del Asegurado en una sociedad mercantil debidamente inscrita en el Registro Público.

El Otro Asegurado tendrá únicamente el privilegio de conversión por cuanto los demás derechos pertenecen al Asegurado Titular.

El monto mínimo que se puede contratar esta cobertura es de \$2.000,00 (dos mil dólares) y el máximo es igual al contratado por el Asegurado Titular en la cobertura básica.

El costo de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado Titular, está incluido automáticamente dentro de esta cobertura.

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad.

#### **b. Beneficiarios**

El Beneficiario del Otro Asegurado es el que se indica en las Condiciones Particulares, definido éste como sigue:



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

### **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

- i. Si el Otro Asegurado es el cónyuge, éste puede designar el beneficiario que desee.
- ii. Si el Otro Asegurado es el socio, el beneficiario puede ser el Asegurado Principal o la sociedad mercantil de la cual forma parte junto con el asegurado principal.

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Otro Asegurado, el derecho correspondiente al mismo pasará al (los) otro (s) beneficiario (s) sobreviviente (s) por partes iguales.

Si ningún Beneficiario está vivo a la fecha de la muerte del Otro Asegurado se hará el pago al Asegurado.

#### **c. Privilegio de conversión**

Antes de que el "Otro Asegurado" haya cumplido sesenta y cinco (65) años exactos de edad o mientras cuente con la condición de "Otro Asegurado" podrá convertir la cobertura en un nuevo plan de seguro permanente, sin necesidad de pruebas de salud.

La nueva póliza se emitirá conforme a las siguientes reglas:

- i. La suma asegurada no debe ser mayor que el monto del seguro en vigor en el momento del cambio.
- ii. Puede adquirir un nuevo plan que las reglas de emisión del Instituto permitan por el monto del seguro solicitado.
- iii. La nueva póliza tendrá como fecha de emisión la fecha del cambio.
- iv. La nueva prima estará basada en la clasificación personal del Otro Asegurado y la edad alcanzada en el momento del cambio.
- v. Se podrá añadir cualquier otra cobertura adicional a la nueva póliza solamente con el consentimiento del Instituto.
- vi. La primera prima para la nueva póliza se debe pagar dentro de sesenta (60) días naturales después de la terminación de esta cobertura.

#### **d. Extensión de la cobertura**



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

Si el "Otro Asegurado" muere dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la muerte del Asegurado sin haber efectuado la conversión, el Instituto pagará el monto en vigor bajo esta cobertura, menos el costo de seguro mensual.

### **e. Valor Acumulado**

Esta cobertura no tiene Valor Acumulado.

## **7. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL O NO ACCIDENTAL PARA HIJOS**

### **a. Ámbito de cobertura**

. Bajo esta cobertura se podrá incluir los hijos del Asegurado para que, en caso de fallecimiento de éstos por causas accidentales o no accidentales, se pague la Suma Asegurada en esta cobertura al Asegurado. En las Condiciones Particulares se establece una suma asegurada global para los hijos y en caso de fallecimiento de uno de ellos se pagará la proporción del monto asegurado correspondiente. La indemnización por la muerte de un hijo no cancela esta cobertura si existen otros hijos asegurados. Si sólo existe o queda un hijo asegurado y éste fallece, esta cobertura se cancela al otorgarse la indemnización.

Los hijos asegurados tendrán únicamente el derecho de conversión por cuanto los demás derechos pertenecen al Asegurado Titular.

El monto mínimo global asegurado para todos los hijos es de \$2.000,00 (dos mil dólares). El monto máximo global asegurado para todos los hijos incluidos es de \$10.000,00. (diez mil dólares)

El costo de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado Titular, está incluido automáticamente dentro de esta cobertura.

### **b. Continuidad de la cobertura en caso de muerte del Asegurado**

Esta cobertura continuará en vigor en caso de la muerte del Asegurado hasta que cada hijo amparado alcance la edad veinticinco (25) años; sin costo alguno.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **c. Beneficiario**

El beneficiario es el Asegurado de la póliza si éste vive, de lo contrario, los herederos legales de dicho Asegurado.

### **d. Privilegio de Conversión**

Mientras esta cobertura esté en vigor, el seguro sobre cualquier hijo podrá ser convertido a otro plan de seguro individual cuando cumpla 25 (veinticinco) años.

La nueva póliza se emitirá conforme a las siguientes reglas:

- i. La suma asegurada no debe ser mayor que el monto del seguro global para hijos en vigor en el momento del cambio.
- ii. Puede adquirir un nuevo plan que las reglas de emisión del Instituto permitan por el monto del seguro solicitado.
- iii. La nueva póliza tendrá como fecha de emisión la fecha del cambio.
- iv. La nueva prima estará basada en la clasificación personal del hijo y la edad alcanzada en el momento del cambio.
- v. Se podrá añadir otra cobertura adicional a la nueva póliza solamente con el consentimiento del Instituto.
- vi. La primera prima para la nueva póliza se debe pagar dentro de sesenta (60) días naturales después de la terminación de esta cobertura.

### **e. Extensión de Cobertura:**

Si el hijo muere dentro del período de treinta (30) días naturales después de la fecha de expiración de esta cobertura, el Instituto pagará la indemnización correspondiente por muerte del hijo asegurado.

### **f. Valor Acumulado:**

Esta cobertura no tiene Valor Acumulado.

## **8. INDEMNIZACIÓN PARA GASTOS FUNERARIOS**



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **a. Ámbito de cobertura**

En caso de muerte del Asegurado o al término del período de vigencia de esta póliza, indicado en las Condiciones Particulares, el Instituto se compromete a pagar por muerte accidental o no accidental el cinco por ciento (5%) de la suma asegurada, según se define ésta en las Condiciones Particulares de la póliza.

Asimismo si el Asegurado sobrevive a los noventa y cinco (95) años de edad se le otorgará el pago de un cinco por ciento (5%) de la suma asegurada en la cobertura básica a esa edad.

La indemnización de esta cobertura la cancela en su totalidad así como todas las coberturas del seguro.

El costo de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado, está incluido automáticamente dentro de esta cobertura.

### **b. Período de carencia**

El Instituto no pagará la suma asegurada en caso de que la muerte sea causada directa o indirectamente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), durante los primeros seis (6) años a partir de la fecha de emisión.

El período indicado inicia a partir de la fecha de formalización del contrato, es decir, se excluye el período antedatado.

Asimismo, este período se inicia cada vez que la póliza se re-expide, según lo contempla la Cláusula de Re-expedición de las Condiciones Generales.

Todo aumento de la suma asegurada, que se efectúe después de la emisión de esta póliza, activará el período de carencia por la diferencia del incremento de la suma asegurada desde la fecha de tales ajustes y hasta por el plazo que se indicó anteriormente.

## **CLÁUSULA VIII. TITULARIDAD DE LA PÓLIZA**



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

A menos que se estipule de otra manera, las modificaciones de las condiciones de esta póliza durante su vigencia podrán realizarse:

1. Mientras el Asegurado Titular sea menor de edad, por los representantes legales del menor y a falta de éste, por el solicitante.
2. Después de haber alcanzado la mayoría de edad, el Asegurado Titular es el dueño de esta póliza y todos los derechos pertenecen a él.

### **CLÁUSULA IX. EDAD Y SEXO**

1. Edades de contratación:

La edad en las que se puede contratar este seguro y sus coberturas es la del más próximo cumpleaños, según el siguiente cuadro:

| <b>Coberturas</b>                                                                                     | <b>Edades de cobertura</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Básica Muerte                                                                                         | 15 a 70 años                |
| Exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente                               | 15 a 60 años                |
| Doble indemnización por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental | 15 a 60 años                |
| Pago adicional de la Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente pagadera en una cuota          | 15 a 60 años                |
| Adelanto de la mitad de la Suma asegurada en caso de una enfermedad terminal                          | 15 a 60 años                |
| Seguro de Vida Temporal por 15 años                                                                   | 15 a 70 años                |
| Seguro de Vida Temporal por 20 años                                                                   | 15 a 70 años                |
| Muerte accidental o no accidental para Otro Asegurado                                                 | 15 a 60 años                |
| Muerte accidental o no accidental para Hijos                                                          | 30 días de nacido a 18 años |



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Gastos Funerarios | 15 a 60 años |
|-------------------|--------------|

Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:

- a. Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis meses, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
- b. Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y más de seis meses, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.

### **2. Prueba acerca de la edad y sexo del Asegurado:**

Las pruebas acerca de la edad del Asegurado serán exigidas durante la vigencia de esta póliza, a la muerte del Asegurado, o al solicitar la indemnización de las coberturas adicionales. Si la edad o el sexo del Asegurado han sido erróneamente expresados en la póliza, se ajustará el monto de seguro por:

- a) Las deducciones mensuales hechas, menos
- b) Las deducciones mensuales que debieron haberse hecho tomando como base la edad y el sexo correctos del Asegurado, menos
- c) La acumulación de las diferencias, a las tasas de interés que se acreditaron al fondo.

## **CLÁUSULA X. RE-EXPEDICIÓN DEL SEGURO**

Si esta póliza se hubiere cancelado por falta de pago el Asegurado podrá re-expedirla nuevamente. Ésta puede ser re-expedida sin pruebas de asegurabilidad siempre y cuando la solicitud sea por el mismo monto asegurado, suscrito inicialmente por el Asegurado, las mismas coberturas y antes de que el seguro cumpla seis (6) meses de estar cancelado. Si el seguro tiene más de seis (6) meses de cancelado y el Asegurado desea la protección deberá solicitar la emisión de un seguro nuevo

La prima de la póliza re-expedida será calculada a la edad alcanzada por el Asegurado al momento de la re-expedición.

En cada fecha en que esta póliza sea re-expedida mediante la presentación de pruebas de asegurabilidad o sin ellas, automáticamente volverán a entrar en vigencia



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

las Cláusulas de Disputabilidad y Períodos de Carencia, por el lapso que cada una de ellas indica. La re-expedición no se podrá efectuar si el Asegurado canceló el seguro por el retiro total del Valor Acumulado.

La re-expedición no se podrá efectuar si el Asegurado ha solicitado anteriormente, por escrito, la cancelación del seguro.

### **CLÁUSULA XI. TRASPASO O CESIONES**

Ninguna cesión de esta póliza obliga al Instituto a no ser que éste la apruebe y lo haga constar así por escrito agregado a ella. Sin embargo, el Instituto no asume ninguna responsabilidad por la validez o suficiencia de las cesiones. Salvo que en forma contraria se especifiquen en la cesión, el interés de un beneficiario se subordina al interés del cesionario, sea que la cesión se haga antes o después de la designación de beneficios. El cesionario, por lo tanto recibirá la suma pagadera en la póliza hasta por el tanto de su interés.

### **CLÁUSULA XII. BENEFICIARIOS**

El Asegurado deberá designar el (los) beneficiario (s) al momento de suscribir el seguro.

Si la póliza cuenta con la Cobertura para "Otro Asegurado" y éste es el "socio" el beneficiario debe ser el "socio" o la sociedad mercantil de la cual forma parte junto con el "Otro Asegurado".

Mientras esta póliza esté en vigor, el Asegurado puede, con sujeción a los términos de las cesiones existentes, cambiar el Beneficiario 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 la suma asegurada bajo esta póliza se entregará en una sola suma a los causahabientes del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

Advertencia:



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

### **CLÁUSULA XIII. FECHA DE EMISIÓN**

La fecha de vigencia de la cobertura para esta póliza será como sigue:

Para toda cobertura que brinde esta póliza al emitirse, la fecha de emisión es la que se indica en las Condiciones Particulares del seguro.

Para toda cobertura adicional agregada con posterioridad a la emisión de esta póliza, la fecha de vigencia será la del día de actualización mensual siguiente a la fecha de aceptación de la misma.

### **CLÁUSULA XIV. VALOR ACUMULADO**

El Valor Acumulado a la fecha de emisión de la póliza es el cien (100) por ciento de la prima inicial. En cada fecha de actualización mensual, el Valor Acumulado será calculado como a. más b. más c. menos d., menos e., menos f. en donde:

- a. Valor Acumulado del día de actualización mensual que antecede o el de la fecha de emisión.
- b. El cien (100) por ciento de todas las primas recibidas desde el día de actualización mensual que antecede.
- c. Es el valor de un mes de interés sobre a. más interés sobre b. desde la fecha de recibo hasta el día de actualización mensual.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

- d. Es el costo de seguro mensual por el mes en curso desde la última fecha de actualización mensual.
- e. Son los retiros parciales realizados del Valor Acumulado.
- f. Cargos por retiros

Si se calculara el Valor Acumulado en cualquier otra fecha que no sea la fecha de actualización mensual, el cálculo será a. más b. más c. menos d. menos e. en donde:

- a. Es el Valor Acumulado en la fecha de actualización mensual que antecede.
- b. Es el cien (100) por ciento de todas las primas recibidas desde el día de actualización mensual que antecede.
- c. Es el interés de a. y b. en la fecha en que se está calculando del Valor Acumulado.
- d. Es el cálculo fraccionado del costo de seguro mensual por la porción del mes desde la última Fecha de actualización mensual que antecede.
- e. Son los retiros parciales realizados del Valor Acumulado.

### **1. Estado de cuenta**

Mensualmente se efectuarán todos los movimientos que afectan a la póliza y estará disponible un estado de cuenta indicándole al Asegurado todos los movimientos efectuados así como el saldo de su Valor Acumulado.

Este estado de cuenta será emitido durante los primeros diez (10) días naturales de cada mes y enviado a la dirección disponible del Asegurado.

### **2. Aportes Extraordinarios al valor acumulado**

El Asegurado podrá realizar aportes extraordinarios al Valor Acumulado en todo momento mientras la póliza esté vigente.

### **3. Valor acumulado insuficiente**

En cada fecha de actualización mensual de la póliza si el Valor Acumulado, es insuficiente para cubrir el costo de seguro mensual adeudado, la póliza será terminada como se prevé en la Cláusula de Período de Gracia y el saldo que posea el Valor Acumulado quedará disponible para el Asegurado. Si se efectuara la deducción salarial de la prima por el Instituto o el pago del seguro luego de la terminación de la póliza, este hecho no afectará la terminación de la misma. El Instituto acuerda devolver toda deducción hecha en ese sentido en



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

los siguientes treinta (30) días naturales posteriores al conocimiento de tal hecho.

### **4. Tasa de interés**

El Instituto reconocerá al Asegurado como mínimo, un noventa por ciento (90%) del promedio de las tasas de interés que por colocación del Valor Acumulado obtenga en el mercado financiero.

El Instituto invertirá este Valor acumulado en alguno de los siguientes valores:

- a. Títulos de deuda seriados emitidos por Ministerios de Hacienda, o sus homólogos y bancos centrales.
- b. Títulos de deuda seriados emitidos por entidades financieras.
- c. Títulos estandarizados de deuda corporativa.
- d. Títulos de deuda seriados emitidos por organismos bilaterales y multilaterales.
- e. Cuotas de participación en fondos de inversión. Se exceptúan los fondos de cobertura o de gestión alternativa.
- f. Valores individuales de deuda, emitida por entidades financieras supervisadas por la Superintendencia General de Entidades Financieras, el Banco Central o entidades homólogas del exterior.
- g. Operaciones realizadas en la plataforma de captación electrónica del Banco Central de Costa Rica (Central Directo).
- h. Operaciones de recompra y reportes, realizados en los recintos y bajo las regulaciones establecidas por las bolsas de valores autorizadas por la Superintendencia General de Valores, en tanto el activo financiero subyacente cumpla con los requisitos indicados en el reglamento y se mantenga posiciones de venta a plazo.

Lo anterior, según el Artículo 33 del Reglamento de Solvencia de Entidades de seguros y reaseguros

## **CLÁUSULA XV. RETIROS DEL VALOR ACUMULADO**

### **1. Retiro parcial**

El Asegurado puede solicitar retiros parciales del Valor Acumulado de esta póliza durante su vida y antes de la terminación del contrato. La suma asegurada en la fecha de retiro parcial será el Valor Acumulado de la póliza,



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

menos el costo de seguro y con la retención del cargo de retiro aplicable; el monto retenido se mantendrá en el Valor Acumulado.

Cuando se efectúa un Retiro Parcial:

- a. El monto del Retiro Parcial se deducirá del Valor Acumulado.
- b. El monto del Retiro Parcial no excederá el Valor de Retiro de la póliza.

El número de retiros será limitado a cuatro (4) por año póliza. El Instituto tiene un plazo máximo de diez (10) días hábiles para hacer efectivo al Asegurado el pago del Valor Acumulado solicitado. El monto mínimo que se debe mantener en el Valor Acumulado es de quinientos dólares (\$500,00).

Si el Asegurado efectúa retiros sin realizar ningún aporte extraordinario durante la vigencia del seguro, el Valor Acumulado es insuficiente para mantener el seguro vigente a la edad de finalización de la cobertura.

### **2. Retiro total de la póliza**

Esta póliza se cancelará mediante el retiro total del Valor Acumulado en cualquier día de actualización mensual durante la vida del Asegurado y antes de la fecha de actualización; con sólo su pedido por escrito. El monto pagadero en la fecha de retiro será el Valor Acumulado de la póliza, menos el costo de seguro correspondiente y con toda la deducción del cargo de retiro aplicable. El Instituto entregará el retiro en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados desde la fecha de la solicitud.

### **3. Cargo por retiro**

Si el Asegurado efectúa un retiro total o parcial del Valor Acumulado en o antes del décimo aniversario de la misma o de un aumento en la suma asegurada, se aplicará un cargo por retiro, de acuerdo con la siguiente tabla:

**SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES****Tabla de cargos por retiro**

| <b>AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA</b> | <b>CARGO POR RETIRO</b>   |
|-------------------------------------|---------------------------|
| 1                                   | 70% del retiro solicitado |
| 2                                   | 60% del retiro solicitado |
| 3                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 4                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 5                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 6                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 7                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 8                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 9                                   | 5% del retiro solicitado  |
| 10                                  | 5% del retiro solicitado  |
| 11 en adelante                      | 2% del retiro solicitado  |

**CLÁUSULA XVI. CAMBIO EN LOS PARÁMETROS DE LA PÓLIZA**

En cada aniversario-póliza, durante la vigencia de la misma, el Asegurado podrá solicitar por escrito:

1. Aumento o disminución de la Suma Asegurada.
2. Inclusión o exclusión de coberturas adicionales.

En todo caso se establecerán una nuevas Condiciones Particulares de pago de primas y Suma Asegurada.

Los cambios en los parámetros aquí mencionados estarán sujetos a que el Asegurado presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias para el Instituto. Asimismo, en caso de aprobarse, operarán sobre el incremento en la Suma Asegurada las cláusulas de Disputabilidad y Períodos de Carencia correspondientes.

La Suma Asegurada después de toda disminución, no debe ser inferior al mínimo permitido por el Instituto, indicado en la cláusula de Coberturas.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **CLÁUSULA XVII. PRIMA**

Este seguro se basa en el pago anticipado de primas anuales. El esquema de pago de primas en relación con la póliza aparece en las Condiciones Particulares. La primera prima vence en la fecha de emisión de esta póliza y las siguientes son pagaderas periódicamente en los intervalos señalados en dichas condiciones. La prima total especificada en las Condiciones Particulares incluye las correspondientes a las coberturas adicionales contratadas. En el caso de que alguna de las coberturas adicionales no tenga que continuar pagándose, la prima correspondiente se rebajará en este tanto.

Tanto la del primer año como la de los años siguientes, pueden ser pagadas por semestre, trimestre o meses, siempre anticipadamente, de acuerdo con la tarifa en uso por el Instituto.

También desde la fecha de emisión de la póliza, el Asegurado puede optar por la forma de pago de primas por "Cargo Automático a Tarjeta de Crédito o Débito" en cuyo caso se hará constar así en las Condiciones Particulares, con la tarifa en uso por el Instituto en la fecha de emisión.

A solicitud del Asegurado la forma de pago de las primas puede ser variada a su conveniencia durante la vigencia de la póliza. Cuando se trate de cambio a la forma anual, debe hacerse de manera que el pago de primas coincida con el aniversario de la Póliza.

No obstante lo indicado en las Condiciones Particulares el costo mensual del seguro se modificará en cada aniversario póliza incrementándose conforme el Asegurado envejece.

Si hubiere que pagar la suma asegurada por fallecimiento del Asegurado, los pagos de costo de seguro mensual que falten para completar la prima anual se deducirán de la liquidación resultante.

### **CLÁUSULA XVIII. PERIODO DE GRACIA**

Se otorgará un período de gracia si el Valor Acumulado, es insuficiente para cubrir el costo de seguro mensual. El período de gracia otorga diez (10) días naturales desde el último día de actualización mensual, para el pago de una prima suficiente para mantener la póliza en vigor hasta el próximo día de actualización mensual.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

Si el Asegurado fallece durante este período, la porción del costo de seguro de la prima no pagada será deducida de la suma exigida en virtud de la presente póliza.

### **CLÁUSULA XIX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar ante el Instituto o el intermediario de seguros autorizado los requisitos que se enumeran de seguido, en un plazo no mayor de noventa (90) días naturales después de sucedido el evento:

#### **1. Para las coberturas de muerte del Asegurado, del Otro Asegurado, de Hijos y Seguro Temporal**

El (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar:

- a. La solicitud de indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado y de los Beneficiarios por ambos lados.
- c. Si el Beneficiario es menor de edad, se debe presentar:
  - i. Certificado de nacimiento extendido por el Registro Civil.
  - ii. Certificado del Registro Público sobre apoderados del menor de edad.
  - iii. Fotocopia del documento de Identidad del padre o la madre superviviente o del apoderado del menor de edad.
  - iv. Certificado de estado civil del padre sobreviviente.
- d. Certificado del Registro Civil original con causa de muerte, con el folio, tomo y asiento correspondiente.
- e. Documento original de la póliza de vida o una declaración de extravío de póliza.
- f. Si el Asegurado dejó testamento, una copia certificada del mismo y una certificación del Archivo Nacional que indique que es el último testamento vigente del Asegurado.
- g. Boleta de autorización de revisión de expedientes clínicos, firmada por el Beneficiario.
- h. Los Beneficiarios deben indicar por escrito los centros médicos donde el Asegurado ha sido atendido.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **2. Para la cobertura de doble indemnización por muerte accidental o desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental.**

Si el reclamo es por muerte accidental, el (los) Beneficiario (s) debe (n) presentar además de los requisitos enumerados en el inciso 1 anterior, los siguientes:

- a. Copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de hechos y de no existir ésta, los documentos probatorios que indiquen de una manera indiscutible que la causa de la lesión fue accidental. Estos documentos deben venir sellados por el Juzgado correspondiente o bien certificados por un notario público.
- b. El dictamen médico legal con las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol o tóxicos en la sangre. Estos documentos deben venir sellados por el Juzgado correspondiente o bien certificados por un notario público.

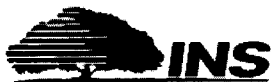
Si el reclamo es por desmembramiento o pérdida de la vista, el Asegurado debe presentar lo siguiente:

- a. La solicitud de indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado y de los Beneficiarios por ambos lados.
- c. Documento original de la póliza de vida o una declaración de extravío de póliza.
- d. Boleta de autorización de revisión de expedientes clínicos, firmada por el Asegurado.
- e. El Asegurado deben indicar por escrito los centros médicos donde ha sido atendido.
- f. Certificado médico que indique la condición de desmembramiento o ceguera.

### **3. Para las coberturas de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del Asegurado y pago adicional de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota**

El Asegurado deberá presentar:

- a. La solicitud de indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado por ambos lados.
- c. Certificado médico en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de



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

### **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

su estado físico o mental por el accidente, el Asegurado perdiera el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y se indique que la incapacidad se otorga **NO SUJETA A REVISION**. Dicho certificado debe contener el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.

- d. El Asegurado debe indicar por escrito los centros médicos donde ha sido atendido.
- e. El Asegurado debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos de los centros médicos donde ha sido atendido.
- f. Documento póliza de vida original o una declaración de extravío de póliza, firmada por el Asegurado.

El Instituto tendrá el derecho de examinar al Asegurado cuando fuere necesario al tramitarse alguna reclamación.

#### **4. Para la cobertura de adelanto de la mitad de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de una enfermedad terminal**

El Asegurado deberá presentar:

- a. La solicitud de indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- c. Boleta de autorización de revisión de expedientes clínicos, firmada por el Asegurado.
- d. Certificados de los médicos tratantes de la enfermedad terminal que establezcan el tipo de enfermedad del Asegurado, evolución con sintomatología, fecha de inicio y expectativa de vida.
- e. El Asegurado debe indicar por escrito los centros médicos donde ha sido atendido.

#### **5. Para la cobertura de indemnización de gastos funerarios**

El (los) Beneficiario (s) debe (n) presentar, los requisitos enumerados en el punto 1 anterior, sustituyendo el punto d. por lo que sigue:

- a. Certificado de Acta de Declaración de Defunción con la causa de muerte certificada legalmente.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

El Instituto tendrá el derecho de examinar al Asegurado cuando fuere necesario al tramitarse alguna reclamación.

### **CLAUSULA XX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES**

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

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

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

### **CLÁUSULA XXI. DISPUTABILIDAD**

#### **1. Cobertura básica - Muerte**

Esta cobertura no será disputable, en relación con el Asegurado, después de un periodo de dos (2) años de la vigencia de su póliza.

El período indicado en esta cláusula se inicia a partir de la fecha de emisión con las restricciones que contemplan las Cláusulas de Re-expedición y Fecha de Emisión, de esta misma póliza.

Todo aumento de la Suma Asegurada que se efectúe después de la emisión de esta póliza, podrá ser disputado por el Instituto desde la fecha de tales ajustes, por el plazo que se indicó anteriormente y hasta por el monto de tal aumento.

#### **2. Coberturas adicionales**

Las coberturas adicionales que sean aceptadas bajo esta póliza serán disputables, en relación con el Asegurado, por un periodo de dos (2) años de la vigencia de la póliza, contados a partir de la suscripción o inclusión de la cobertura, excepto la cobertura de Indemnización para gastos funerarios y la cobertura de seguro temporal a quince (15) y veinte (20) años, las cuales no son disputables.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **CLÁUSULA XXII. PERIODOS DE CARENCIA**

#### **1. Carencia por SIDA**

El Instituto no pagará la suma asegurada indicada en caso de que la muerte sea causada directa o indirectamente por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), durante los primeros seis (6) años a partir de la fecha de emisión.

Asimismo, este período se inicia cada vez que la póliza se re-expida, según lo contempla la Cláusula de Re-expedición.

Todo aumento de la suma asegurada que se efectúe después de la emisión de esta póliza, activará el período de carencia por la diferencia del incremento de la suma asegurada desde la fecha de tales ajustes, por el plazo que se indicó anteriormente y hasta por la suma asegurada de tal aumento.

#### **2. Pólizas sin examen médico**

En el caso de pólizas emitidas sin examen médico, si la muerte del Asegurado ocurre dentro de los primeros seis (6) meses a partir de la fecha de emisión del seguro, sólo se pagará al Beneficiario o Beneficiarios la mitad de la suma asegurada. Sin embargo, si la muerte ocurre en esos seis meses y es ocasionada por un accidente que no tenga relación con enfermedades anteriores, será pagado el total de la suma asegurada, con sujeción a las otras condiciones de esta póliza.

#### **3. Suicidio**

En el primer año de vigencia de la póliza el Instituto no indemnizará si la muerte ocurre por causa de suicidio. No obstante se devolverá el Valor Acumulado a la fecha de la muerte.

Asimismo, este período se inicia cada vez que la póliza se re-expida, según lo contempla la Cláusula de Re-expedición.

En cada fecha que se realice un aumento de la suma asegurada, entrará a regir automáticamente la condición indicada hasta por el monto de tal aumento.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **CLÁUSULA XXIII. EXCLUSIONES**

- 1. Para la cobertura básica de Muerte accidental o no accidental del Asegurado**

**Esta cobertura no presenta exclusiones.**

- 2. Para las coberturas adicionales**

- a. Doble indemnización por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental.**

**Esta cobertura no se concederá si la muerte del Asegurado se debe a:**

- i. Insurrección, terrorismo, guerra u otro acto atribuible a estos eventos.**
- ii. Participación en motines, riñas o huelgas.**
- iii. Suicidio ya sea en su sano juicio o no.**
- iv. Enfermedad física o mental.**
- v. Comisión o intento de comisión de asalto, crimen o delito.**
- vi. Toma voluntaria o involuntaria de venenos, drogas o sedativos.**
- vii. Participación en toda forma de navegación aérea para el transporte de pasajeros con itinerario fijo.**
- viii. Participación del Asegurado en carreras de velocidad o resistencia, concursos o desafíos.**
- ix. Los accidentes causados por estado de ebriedad y consumo de droga enervante, estimulante, narcótica o similar. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad, cuando el resultado de la alcoholemia practicada sea igual o superior a 100 mg. de alcohol por cada 100 cc. de sangre. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento, orina u otro medio científico.**

- b. Cobertura de exoneración de pago de primas en caso de Incapacidad total y permanente del Asegurado y de Cobertura de Pago adicional de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota**

**Esta cobertura no se concederá si la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado se debe a:**

**SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

- i. Insurrección, terrorismo, guerra u otro acto atribuible a estos eventos.
- ii. Participación en motines, riñas o huelgas.
- iii. Participación en toda forma de navegación aérea para el transporte de pasajeros con itinerario fijo.
- iv. Participación del Asegurado en carreras de velocidad o resistencia, "piques", concursos, desafíos o todo acto notoriamente peligroso.
- v. La toma voluntaria de droga, alcohol u otra sustancia controlada, medicamento o sedativo (excepto receta médica) veneno o gas dañino.
- vi. Una lesión intencional producida a sí mismo, o por cometer un delito o asalto, o por participar en un motín o en una insurrección.
- vii. Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer.

Las coberturas no se concederán si el Instituto comprueba que el Asegurado incurrió en declaraciones falsas, omisión o reticencia de brindar información que influyera en la comprobación de su estado de invalidez.

**El Asegurado no tendrá derecho a esta cobertura si:**

- 1. La fecha de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente, es anterior a la emisión de seguro o bien que al momento de producirse el aseguramiento el Asegurado se encuentre tramitando la declaratoria de incapacidad
  - 2. La Incapacidad Total y Permanente termina o el Asegurado fallece antes de que el Instituto reciba las pruebas de dicha incapacidad.
- c. Cobertura de adelanto de la mitad de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de una enfermedad terminal

Esta cobertura no se concederá si la enfermedad terminal es consecuencia directa de accidente.

- d. Cobertura de Seguro Temporal

Esta cobertura no contempla exclusiones.

- e. Cobertura de muerte accidental o no accidental para "Otro Asegurado".



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

**Esta cobertura no contempla exclusiones.**

- f. Cobertura de muerte accidental o no accidental para Hijos.**

**Esta cobertura no contempla exclusiones.**

- g. Cobertura de Indemnización para gastos funerarios**

**Esta cobertura no contempla exclusiones.**

### **CLÁUSULA XXIV. 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 XXV. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

Esta cobertura finalizar cuando:

- a. El Instituto reciba la solicitud por escrito del Asegurado pidiendo la cancelación de la póliza durante su vigencia, siempre y cuando ésta no se encuentre cedida, conforme lo establece la Cláusula de Traspaso o Cesiones. El Instituto pagará el monto de Valor Acumulado existente a la fecha de pago menos el costo de seguro, con la deducción del cargo de retiro aplicable. El Instituto no puede diferir el pago del Valor Acumulado por un período mayor de treinta (30) días naturales después de la fecha de la solicitud.
- b. Fallecimiento del Asegurado.
- c. Término del período de gracia, según lo establece la Cláusula de Período de Gracia y el Valor Acumulado no sea suficiente para pagar la prima comercial del seguro, en cuyo caso el Instituto notificará al Asegurado a través del Estado de Cuenta mensual.
- d. Cuando el Asegurado realice el retiro total del Valor Acumulado de la póliza.

#### **2. Finalización de la cobertura de muerte**



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

### **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

La cobertura básica de muerte finalizará en el aniversario de la póliza más próximo al cumpleaños noventa y cinco (95) del Asegurado.

**3. Finalización de la cobertura doble indemnización por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental.**

Esta cobertura finalizará:

- a. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado alcance los sesenta y cinco (65) años exactos de edad.
- b. A solicitud escrita del Asegurado.

**4. Finalización de la cobertura de exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente y pago adicional de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una cuota**

Esta cobertura finalizará:

- a. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años exactos.
- b. A solicitud escrita del Asegurado.
- c. Cuando el Asegurado se rehabilite para ejercer una ocupación que le diere alguna compensación económica o ganancia.
- d. Por falta de pago de primas.
- e. Cuando sea cancelado el contrato de seguros.

**5. Finalización de la cobertura de adelanto de la mitad de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de una enfermedad terminal**

Esta cobertura finalizará:

- a. A solicitud escrita del Asegurado.
- b. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **6. Finalización de la cobertura de seguro temporal**

Esta cobertura se dará por finalizada si ocurre alguno de los siguientes eventos:

- a. El Instituto reciba la solicitud por escrito del Asegurado pidiendo la cancelación de la póliza, durante su vigencia, siempre y cuando ésta no se encuentre cedida, conforme lo establece la Cláusula de Traspaso o Cesiones. El Instituto no entregará ningún tipo de liquidación o pago a causa de esta cancelación.
- b. Fallezca el Asegurado.
- c. Termine el período de gracia, según lo establece la Cláusula de Período de Gracia. El Instituto no entregará ningún tipo de liquidación o pago a causa de esta cancelación.
- d. Termine el periodo de cobertura de la póliza de acuerdo con la opción de aseguramiento escogida

### **7. Finalización de la cobertura de muerte accidental o no accidental para Otro Asegurado**

Esta cobertura finalizará:

- a. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el "Otro Asegurado" alcance los setenta (70) años exactos de edad.
- b. Al finalizar el contrato independientemente de la causa.
- c. Cuando se cambie esta cobertura por una póliza nueva.
- d. Cuando muera el "Otro Asegurado".

### **8. Finalización de la cobertura de muerte accidental o no accidental para Hijos**

Esta cobertura finalizará:

- a. Cuando el último hijo alcance la edad de veinticinco (25) años.
- c. Cuando el Asegurado lo solicite por escrito.

### **9. Finalización de la cobertura de Indemnización para gastos funerarios**

Esta cobertura finalizará automáticamente en el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado alcance la edad de noventa y cinco (95) años.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **CLÁUSULA XXVI. NULIDAD ABSOLUTA DE DERECHOS**

Este contrato terminará y el Instituto quedará liberado de sus obligaciones contractuales cuando, con fundamento en las pruebas analizadas, determine que el Asegurado, el Tomador del seguro o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, el Tomador del seguro o sus representantes, por el Asegurador o por sus Intermediarios, que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato.

Si la falsedad o inexactitud proviene del Asegurado, del Tomador de seguro o de quienes los representen, el Asegurador tiene derecho a retener las primas pagadas; si proviene del Asegurador o sus Intermediarios, el Asegurado o el Tomador del seguro, podrán exigir la devolución de lo pagado por primas más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el Asegurado o el Tomador del seguro sólo tendrán derecho a percibir las primas que hayan pagado. El Instituto hará el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

Si el Asegurado o el Tomador del seguro hubiesen recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza y posteriormente el Instituto compruebe que dicha indemnización fue producto de una reclamación fraudulenta o engañosa, el Asegurado o el Tomador del seguro quedarán automáticamente obligados a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los daños y perjuicios causados.

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

Es la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

### **CLÁUSULA XXVIII. COMUNICACIONES**

Toda comunicación relacionada con esta póliza podrá ser efectuada por el Instituto directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

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



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

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

### **CLÁUSULA XXIX. 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 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. MONEDA**

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida 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 XXXI. COMPETENCIA JURISDICCIONAL**

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

### **CLÁUSULA XXXII. PRESCRIPCIÓN**

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

### **CLÁUSULA XXXIII. LEGISLACIÓN APLICABLE**

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos, el Código Civil y el Código de Comercio.



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

## **SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS EN DÓLARES**

### **CLÁUSULA XXXIV. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS**

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

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación cuando se lo solicite, en cualquier momento de la vigencia del Contrato.

### **CLÁUSULA XXXV. 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 XXXVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P14-25-A01-232 de fecha 14 de febrero de 2011.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales  
**SOLICITUD PARA UN SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS**

Póliza N° \_\_\_\_\_

Moneda ☐ Colones ☐ Dólares

Fecha de Emisión \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

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

**DETALLES DEL SEGURO QUE SE SOLICITA:**

|                                 |                                                                    |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monto Especificado Inicial:     | Porcentaje de Mortalidad:                                          | Fumador: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                  |
| Sede:                           | Reaseguro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Forma de Pago de la Prima: <input type="checkbox"/> 01- Mensual <input type="checkbox"/> 06- Semestral <input type="checkbox"/> 03- Trimestral <input type="checkbox"/> 12- Anual |
| Detalle de Primas:              |                                                                    | Intermediario (s) % Participación                                                                                                                                                 |
| A) Prima Planeada: \$ _____     |                                                                    | _____                                                                                                                                                                             |
| B) Prima mínima anual: \$ _____ |                                                                    | _____                                                                                                                                                                             |

**BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA**

**Advertencia:**

En 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 y otros cargos similares y no consideren al contrato de seguro como 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.

**Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el solicitante**

|                     |                 |              |                                                            |              |          |           |
|---------------------|-----------------|--------------|------------------------------------------------------------|--------------|----------|-----------|
| Nombre:             | Identificación: | Parentesco   | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje % | Teléfono | Ocupación |
| Fecha de Nacimiento | Dirección:      | Otras señas: |                                                            |              |          |           |
| Provincia:          | Cantón:         |              |                                                            |              |          |           |
| Nombre:             | Identificación: | Parentesco   | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje % | Teléfono | Ocupación |
| Fecha de Nacimiento | Dirección:      | Otras señas: |                                                            |              |          |           |
| Provincia:          | Cantón:         |              |                                                            |              |          |           |
| Nombre:             | Identificación: | Parentesco   | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Porcentaje % | Teléfono | Ocupación |
| Fecha de Nacimiento | Dirección:      | Otras señas: |                                                            |              |          |           |
| Provincia:          | Cantón:         |              |                                                            |              |          |           |

| COBERTURAS ADICIONALES                                                                                                     |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Exoneración de pago de primas en caso de incapacidad total y permanente del asegurado                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Doble indemnización por muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Pago adelantado de la suma asegurada en caso de incapacidad                                                                |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Adelanto de la suma asegurada por enfermedad terminal                                                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Seguro de Vida Temporal Monto Asegurado _____                                                                              |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 15 años <input type="checkbox"/> 20 años |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Muerte accidental o no accidental para Otro Asegurado                                                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Cobertura de indemnización por gastos funerarios                                                                           |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Muerte accidental o no accidental para Hijos                                                                               |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Beneficiarios Gastos Funerarios                                                                                            |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre:                                                                                                                    |  | Identificación:                                                                      |                  | Parentesco                                                                            |                                                                                                                           | Sexo<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                       |  | Porcentaje<br>%                                                                                    |  |
| Fecha de Nacimiento                                                                                                        |  | Dirección:                                                                           |                  | Cantón:                                                                               |                                                                                                                           | Otras señas:                                                                        |  |                                                                                                    |  |
| Provincia:                                                                                                                 |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre:                                                                                                                    |  | Identificación:                                                                      |                  | Parentesco                                                                            |                                                                                                                           | Sexo<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                       |  | Porcentaje<br>%                                                                                    |  |
| Fecha de Nacimiento                                                                                                        |  | Dirección:                                                                           |                  | Cantón:                                                                               |                                                                                                                           | Otras señas:                                                                        |  |                                                                                                    |  |
| Provincia:                                                                                                                 |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Información para Cobertura de Muerte accidental o no accidental para Otro Asegurado                                        |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Cobertura de Muerte para Otro Asegurado                                                                                    |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Si su respuesta es afirmativa sírvase llenar la siguiente información                                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Primer Apellido                                                                                                            |  |                                                                                      | Segundo Apellido |                                                                                       |                                                                                                                           | Nombre Completo                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre o razón social                                                                                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Tipo de Identificación                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Persona física<br><input type="checkbox"/> Jurídica         |                  | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia<br><input type="checkbox"/> Gobierno    |                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Pasaporte<br><input type="checkbox"/> Institución autónoma |  | <input type="checkbox"/> Permiso trabajo                                                           |  |
| Identificación                                                                                                             |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  | Estado civil                                                                                       |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                        |  | Día / Mes / Año                                                                      |                  | Nacionalidad                                                                          |                                                                                                                           | Sexo<br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino        |  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado |  |
| Provincia:                                                                                                                 |  | Cantón:                                                                              |                  | Distrito:                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe |  |
|                                                                                                                            |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Otro :                                                                    |  |
| Escolaridad                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Sin grado académico<br><input type="checkbox"/> Universidad |                  | <input type="checkbox"/> Primaria<br><input type="checkbox"/> Postgrado universitario |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Dirección exacta                                                                                                           |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Calle                                                                                                                      |  | Avenida:                                                                             |                  | Otras señas:                                                                          |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Apartado                                                                                                                   |  | Teléfono Oficina:                                                                    |                  | Teléfono Domicilio:                                                                   |                                                                                                                           | Teléfono Celular:                                                                   |  |                                                                                                    |  |
| Ingreso Mensual aproximado                                                                                                 |  | Sitio Web:                                                                           |                  | Dirección Electrónica:                                                                |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre del Patrono                                                                                                         |  | Teléfono del Patrono                                                                 |                  | Nº. de Fax:                                                                           |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Cuenta Cliente                                                                                                             |  |                                                                                      |                  | Banco Emisor                                                                          |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Edad:                                                                                                                      |  | % Mortalidad :                                                                       |                  | Fumador:                                                                              |                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No                             |  |                                                                                                    |  |
| Monto Asegurado:                                                                                                           |  | Retención:                                                                           |                  | Fecha de vencimiento:                                                                 |                                                                                                                           | Lugar de Nacimiento:                                                                |  |                                                                                                    |  |
| Beneficiarios (Del otro Asegurado)                                                                                         |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre:                                                                                                                    |  | Identificación:                                                                      |                  | Parentesco                                                                            |                                                                                                                           | Sexo<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                       |  | Porcentaje<br>%                                                                                    |  |
| Fecha de Nacimiento                                                                                                        |  | Dirección:                                                                           |                  | Cantón:                                                                               |                                                                                                                           | Otras señas:                                                                        |  |                                                                                                    |  |
| Provincia:                                                                                                                 |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre:                                                                                                                    |  | Identificación:                                                                      |                  | Parentesco                                                                            |                                                                                                                           | Sexo<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                       |  | Porcentaje<br>%                                                                                    |  |
| Fecha de Nacimiento                                                                                                        |  | Dirección:                                                                           |                  | Cantón:                                                                               |                                                                                                                           | Otras señas:                                                                        |  |                                                                                                    |  |
| Provincia:                                                                                                                 |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Yo _____ (Nombre Completo del Otro Asegurado) consiento mi aseguramiento por parte del Asegurado Titular de este contrato. |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Información para Cobertura de Muerte accidental o no accidental para Hijos                                                 |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Cobertura de Muerte para Hijos                                                                                             |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                   |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Si su respuesta es afirmativa sírvase llenar la siguiente información                                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Monto Asegurado:                                                                                                           |  |                                                                                      |                  |                                                                                       | retención                                                                                                                 |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Datos Personales del Hijo                                                                                                  |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Primer Apellido                                                                                                            |  |                                                                                      | Segundo Apellido |                                                                                       |                                                                                                                           | Nombre Completo                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Nombre o razón social                                                                                                      |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |
| Tipo de Identificación                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Persona física<br><input type="checkbox"/> Jurídica         |                  | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia<br><input type="checkbox"/> Gobierno    |                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Pasaporte<br><input type="checkbox"/> Institución autónoma |  | <input type="checkbox"/> Permiso trabajo                                                           |  |
| Identificación                                                                                                             |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  | Estado civil                                                                                       |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                                        |  | Día / Mes / Año                                                                      |                  | Nacionalidad                                                                          |                                                                                                                           | Sexo<br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino        |  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado |  |
| Provincia:                                                                                                                 |  | Cantón:                                                                              |                  | Distrito:                                                                             |                                                                                                                           |                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe |  |
|                                                                                                                            |  |                                                                                      |                  |                                                                                       |                                                                                                                           |                                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Otro :                                                                    |  |
| Escolaridad                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Sin grado académico<br><input type="checkbox"/> Universidad |                  | <input type="checkbox"/> Primaria<br><input type="checkbox"/> Postgrado universitario |                                                                                                                           |                                                                                     |  |                                                                                                    |  |

|                                                                                                               |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| Dirección exacta                                                                                              |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Calle                                                                                                         |  | Avenida:                                                                     |  | Otras señas:                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Apartado                                                                                                      |  | Teléfono Oficina:                                                            |  | Teléfono Domicilio:                                                                |  | Teléfono Celular:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                      |  |
| Ingreso Mensual aproximado                                                                                    |  | Sitio Web:                                                                   |  | Dirección Electrónica:                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Nombre del Patrono                                                                                            |  | Teléfono del Patrono                                                         |  | Nº. de Fax:                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Cuenta Cliente                                                                                                |  |                                                                              |  | Banco Emisor                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Edad:                                                                                                         |  | % Mortalidad :                                                               |  | Fumador : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| <b>Datos Personales del Hijo 2:</b>                                                                           |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Primer Apellido                                                                                               |  | Segundo Apellido                                                             |  | Nombre Completo                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Nombre o razón social                                                                                         |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Tipo de Identificación                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Persona física<br><input type="checkbox"/> Jurídica |  | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia<br><input type="checkbox"/> Gobierno |  | <input type="checkbox"/> Pasaporte<br><input type="checkbox"/> Institución autónoma                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Permiso trabajo                             |  |
| Identificación                                                                                                |  |                                                                              |  | Ocupación o actividad económica                                                    |  | Estado civil<br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe<br><input type="checkbox"/> Otro : |  |                                                                      |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                           |  | Día / Mes / Año                                                              |  | Nacionalidad                                                                       |  | Sexo                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |  |
| Provincia:                                                                                                    |  | Cantón:                                                                      |  | Distrito:                                                                          |  | Escolaridad<br><input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria<br><input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario                                  |  |                                                                      |  |
| Dirección exacta                                                                                              |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Calle                                                                                                         |  | Avenida:                                                                     |  | Otras señas:                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Apartado                                                                                                      |  | Teléfono Oficina:                                                            |  | Teléfono Domicilio:                                                                |  | Teléfono Celular:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                      |  |
| Ingreso Mensual aproximado                                                                                    |  | Sitio Web:                                                                   |  | Dirección Electrónica:                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Nombre del Patrono                                                                                            |  | Teléfono del Patrono                                                         |  | Nº. de Fax:                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Cuenta Cliente                                                                                                |  |                                                                              |  | Banco Emisor                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Edad:                                                                                                         |  | % Mortalidad :                                                               |  | Fumador : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| <b>Datos Personales del Hijo 3:</b>                                                                           |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Primer Apellido                                                                                               |  | Segundo Apellido                                                             |  | Nombre Completo                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Nombre o razón social                                                                                         |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Tipo de Identificación                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Persona física<br><input type="checkbox"/> Jurídica |  | <input type="checkbox"/> Cédula de residencia<br><input type="checkbox"/> Gobierno |  | <input type="checkbox"/> Pasaporte<br><input type="checkbox"/> Institución autónoma                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Permiso trabajo                             |  |
| Identificación                                                                                                |  |                                                                              |  | Ocupación o actividad económica                                                    |  | Estado civil<br><input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe<br><input type="checkbox"/> Otro : |  |                                                                      |  |
| Fecha de nacimiento                                                                                           |  | Día / Mes / Año                                                              |  | Nacionalidad                                                                       |  | Sexo                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |  |
| Provincia:                                                                                                    |  | Cantón:                                                                      |  | Distrito:                                                                          |  | Escolaridad<br><input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria<br><input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario                                  |  |                                                                      |  |
| Dirección exacta                                                                                              |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Calle                                                                                                         |  | Avenida:                                                                     |  | Otras señas:                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Apartado                                                                                                      |  | Teléfono Oficina:                                                            |  | Teléfono Domicilio:                                                                |  | Teléfono Celular:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                      |  |
| Ingreso Mensual aproximado                                                                                    |  | Sitio Web:                                                                   |  | Dirección Electrónica:                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Nombre del Patrono                                                                                            |  | Teléfono del Patrono                                                         |  | Nº. de Fax:                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Cuenta Cliente                                                                                                |  |                                                                              |  | Banco Emisor                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Edad:                                                                                                         |  | % Mortalidad :                                                               |  | Fumador : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Si el solicitante es menor de edad, sírvase completar los siguientes espacios:                                |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Nombre del Tomador del Seguro (aseguramiento por cuenta de un tercero) y Relación con el Asegurado Principal. |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Dirección Exacta:                                                                                             |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
| Indicaciones Especiales                                                                                       |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
|                                                                                                               |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
|                                                                                                               |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |
|                                                                                                               |  |                                                                              |  |                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                      |  |

Sírvase dar más abajo detalles de los seguros de vida que haya tomado en otra compañía o en esta Institución.

| COMPañÍA | IMPORTE | CLASE DE SEGURO | AÑO QUE FUE TOMADA | ¿ESTA EN VIGOR? |
|----------|---------|-----------------|--------------------|-----------------|
|          |         |                 |                    |                 |
|          |         |                 |                    |                 |
|          |         |                 |                    |                 |
|          |         |                 |                    |                 |

Aficiones Peligrosas

a). ¿Participa Ud. en competencias de automovilismo, motociclismo, ciclismo u otras?

SI ☐ NO ☐

b). ¿Opera o piensa operar naves aéreas?

SI ☐ NO ☐

c). ¿Ha sido piloto o recibe instrucción? Si es así, dé fecha del último vuelo y detalles.

SI ☐ NO ☐

d). ¿Ha tenido alguna ocupación en un avión que no sea de piloto? Si es así, dé fecha del último viaje y detalles.

SI ☐ NO ☐

¿Ha pagado algo sobre prima? En caso afirmativo, ¿cuánto y a quién?

SI ☐ NO ☐

¿Piensa Ud. ceder la póliza a otra persona? Si es así, de detalles.

SI ☐ NO ☐

¿Va Ud. realmente a pagar la prima sobre la póliza que solicita? En caso negativo, ¿quién la pagará?

SI ☐ NO ☐

¿Se propone este seguro sustituir alguna póliza vigente? En caso afirmativo, dé detalles del número de póliza y motivos para el reemplazo.

SI ☐ NO ☐

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

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

☐ Apartado o Dirección: \_\_\_\_\_

Recuerde mantener actualizados sus datos

Por la presente convengo y declaro que todas contestaciones y declaraciones anteriores, han sido de mi puño y letra o dictadas por mí, así como las declaraciones hechas por mí al médico examinador del Instituto Nacional de Seguros, son completas y verdaderas y forman la base sobre cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que por la presente se solicita y que cualesquiera contestaciones inexactas o supresión de hechos con respecto a mi salud, historia de familia, hábitos, ocupación o circunstancias y falta de pago de una prima dentro de treinta días de gracia, conforme se especifica en la póliza, causarán la nulidad de la misma y la pérdida de las primas pagadas (Artículo 6 Ley de Seguros de 1922) excepto en los casos previstos por la póliza.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

**AL SUSCRIBIR LA PRESENTE ME DOY POR ENTERADO DE QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, AL ACEPTAR MI SOLICITUD, NO ADQUIERE LA OBLIGACIÓN DE CONCEDER CRÉDITOS HIPOTECARIOS CON GARANTÍA COLATERAL DE ESTA PÓLIZA**

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante y N° de Identificación

Firma del Representante Legal del Solicitante

#### DECLARACIONES DEL INTERMEDIARIO

¿Conocía Ud. con anterioridad al solicitante? Si es así, ¿cuánto tiempo hace que lo conoce?

SI ☐ NO ☐

¿Ha oído decir que haya estado enfermo? Dé detalles:

SI ☐ NO ☐

¿Tiene el solicitante apariencia de buena salud?

SI ☐ NO ☐

¿Le parece a Ud. persona sobria?

SI ☐ NO ☐

¿Considera Ud. al solicitante un riesgo superior, igual o inferior al promedio?

SI ☐ NO ☐

¿Tiene Ud. algún motivo para suponer que piensa ceder el seguro a una tercera persona? Si es así, dé detalles:

SI ☐ NO ☐

Fecha:

Firma del intermediario:

PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Emisión de esta póliza autorizada por:

**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 P14-25-A01-231 colones y P14-25-A01-232 dólares de fecha 14 de febrero 2011.**