

Instituto Nacional de Seguros

Seguro de Vida Tradicional Colectiva

Dólares

**Código de producto: P14-26-A01-075
(Versión 3)**

Fecha de registro V3: 30-abr-13

Oficio de solicitud de registro V3: G-01406-2013



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO

Constituyen esta póliza y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la solicitud del seguro, los reportes del Tomador 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, así como los adenda.

Las condiciones particulares que forman parte integrante de este seguro, tienen prelación sobre las Condiciones Generales y se determinan en función de las características del grupo asegurado, tales como la edad promedio, género, cantidad de asegurados, ocupación, nacionalidad y monto asegurado total a contratar.

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA POLIZA

Si al emitirse el seguro, el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones. Si el Tomador del seguro no desea continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima 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. **ASEGURADO:** Toda persona protegida por esta póliza que:
 - a) Sea una persona física,
 - b) Haya sido reportada por el Tomador del seguro y aceptada por el Instituto,
2. **ASEGURADOR:** Es el Instituto quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
3. **BENEFICIARIO:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

4. **DISPUTABILIDAD:** Cláusula que durante un tiempo determinado permite al asegurador liberarse de la obligación de pagar un reclamo, cuando la enfermedad, muerte o incapacidad sea preexistente a la inclusión del asegurado a la póliza, o cuando el Asegurado haya incurrido en omisión o inexactitud no deliberadas al declarar el riesgo.
5. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
6. **ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo y determinada por un médico.
7. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo sobre el que se hace una oferta de seguro colectivo, conformado por personas físicas vinculadas en una relación jurídica con el Tomador del seguro.
8. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de Asegurado y que han cumplido con los requisitos de aseguramiento.
9. **PERÍODO DE CARENCIA:** Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la póliza, durante el cual no se amparará la reclamación.
10. **PERÍODO DE GRACIA:** Es una extensión del período de pago de la prima posterior a la fecha de vencimiento anotada durante el cual puede ser pagada sin el cobro de intereses y recargos y en el cual se mantienen los derechos del Asegurado.
11. **PÉRDIDA:** Perjuicio económico sufrido por el Asegurado, beneficiario o sus causahabientes, a consecuencia de un siniestro amparado por la póliza.
12. **PRIMA:** Precio pactado por el seguro contratado.
13. **SINIESTRO:** Acontecimiento inesperado y ajeno a la voluntad del Asegurado del que derivan daños indemnizables por la póliza.
14. **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona jurídica que contrata el seguro en representación del Grupo Asegurado.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA IV. COBERTURAS

El Instituto ofrece las siguientes opciones de coberturas básicas, las cuales son excluyentes entre sí y cuya escogencia la hace el Tomador de seguro en la solicitud de la póliza.

1. Cobertura Básica:

El Instituto cubre el riesgo de muerte accidental o no accidental del Asegurado, sujeto a las condiciones de esta póliza y a la modalidad de seguro contratada.

2. Cobertura Básica de Muerte Plus:

El Instituto cubre el riesgo de muerte accidental o no accidental del Asegurado. En caso de que se diagnostique una enfermedad **Oncológica o no Oncológica** se le adelanta la mitad de la suma asegurada (A.M.S.A.). En caso de fallecer el Asegurado, se otorgará un adelanto de la suma asegurada de hasta un veinte por ciento (20%) o un monto fijo que no excederá los cuatro mil dólares (US\$4.000), para los gastos funerarios, porcentaje o monto fijo que se establece en las Condiciones Particulares del seguro.

Las sumas giradas por estas coberturas (Funerario y A.M.S.A.) no son complemento de la suma asegurada en muerte, es decir, no son sumas adicionales a esta cobertura, sino que se rebajan del monto de muerte, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.

3. Coberturas Adicionales:

El Tomador del seguro podrá agregar coberturas adicionales a la básica, según el siguiente detalle:

- a) Cobertura de indemnización para gastos funerarios (no se otorga si se eligió la cobertura básica de Muerte Plus).
- b) Cobertura de indemnización por **enfermedad Oncológica o no Oncológica** (no se otorga si se eligió la cobertura básica de Muerte Plus).
- c) Cobertura de beneficio familiar (familiar, solo hijos o sólo cónyuge).
- d) Cobertura de muerte accidental, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental (DID).



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

- e) Cobertura de pago adelantado de la suma asegurada en la cobertura básica, en caso de incapacidad total y permanente en sus distintas modalidades (BI-1; BI-12 ó BI-24). La indemnización con cargo a esta cobertura cancela el seguro para el Asegurado indemnizado.

Las coberturas adicionales y las coberturas básicas (Muerte Accidental o no Accidental o Muerte Plus) serán elegidas por el Tomador del seguro y se especificarán en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA V. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

1. Contributiva

Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.

2. No Contributiva

El Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada respecto a cada Asegurado será la que se indique en los reportes enviados por el Tomador del seguro y sea aceptada por el Instituto, sobre la cual se ha efectuado el pago de la prima. Dicha suma asegurada no podrá exceder el límite máximo individual dispuesto en las Condiciones Particulares. El Tomador del seguro establecerá la suma asegurada, de acuerdo con las especificaciones que para tal efecto, señalan las Condiciones Particulares de la póliza y estará sujeta a las condiciones vigentes de aseguramiento.

Los aumentos de monto deberán ser reportados por el Tomador del seguro y sometidos a autorización del Instituto de acuerdo con lo definido en la Cláusula de Elegibilidad Individual de esta póliza.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite como un Seguro Anual Renovable. Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro por cuenta ajena.

Respecto al Tomador del seguro, la vigencia se establece por un año que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se haya pagado la prima y terminará el día de la fecha del aniversario siguiente, entendiéndose prorrogable automática e indefinidamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

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

Respecto a cada Asegurado, este seguro estará vigente desde la fecha en que sea reportado por el Tomador del seguro y sea aceptado por el Instituto, permaneciendo vigente mientras permanezca incorporado a la póliza y se paguen las primas respectivas.

CLÁUSULA VIII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

El Tomador del seguro debe garantizar que las personas que figuren en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza y las futuras inclusiones, pertenecen al grupo asegurado y reúnen los siguientes requisitos:

1. Edad:

- a) Coberturas básica y muerte plus: Tener entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años de edad. A partir de su inclusión en el seguro el Asegurado estará protegido hasta los setenta y cuatro (74) años de edad.
- b) Cobertura de BI-1: Tener entre quince (15) y sesenta (60) años de edad. A partir de su inclusión en el seguro el Asegurado estará protegido hasta los sesenta y cuatro (64) años de edad.
- c) Cobertura de indemnización para gastos funerarios: Tener entre quince (15) y sesenta y cinco (65) años de edad. A partir de su inclusión en el seguro el Asegurado estará protegido hasta los setenta y cuatro (74) años de edad.
- d) Cobertura de indemnización **para enfermedad Oncológica o no Oncológica**: Tener entre quince (15) y sesenta y cinco (65). A partir de su inclusión en el seguro el Asegurado estará protegido hasta los sesenta y nueve (69) años de edad.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

- e) Cobertura de muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa accidental (DID): Tener entre quince (15) y sesenta (60) años de edad. A partir de su inclusión en el seguro el Asegurado estará protegido hasta los sesenta y nueve (69) años de edad.
 - f) Cobertura familiar:
 - i. Para el cónyuge tener entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad. A partir de su inclusión en el seguro estará protegido hasta los sesenta y nueve (69) años de edad.
 - ii. Para los hijos tener entre catorce (14) días y hasta los diecisiete (17) años de edad, estando protegido hasta los dieciocho (18) años de edad o hasta veintidós (22) años de edad, si fueran estudiantes y dependientes económicos del asegurado directo, en cuyo caso su seguro finalizará cuando cumpla la edad de veintitrés (23) años.
2. Tener una relación con el Tomador del seguro, creada independientemente de la constitución de la póliza.
 3. Presentar las pruebas de asegurabilidad al momento de la inclusión en la póliza.

El Instituto podrá solicitar los requisitos de asegurabilidad a todos aquellos miembros del grupo asegurado, a quienes se les determine que la sumatoria de los montos asegurados en otras pólizas contratadas bajo la línea de Vida Colectiva, excede en conjunto los límites establecidos para montos de seguro sin dichos requisitos.

Si el Tomador del seguro incluyera en este seguro personas fuera de los límites de edad establecidos, o que no reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, el Instituto estará obligado solamente a devolver las primas que por ellos hubiere recibido. Dicho reintegro se hará al Tomador del seguro en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales a partir del momento en que el Instituto tenga conocimiento de dicha inclusión.

CLÁUSULA IX. TARIFA DE SEGURO

La tarifa que se establece para este contrato es la que se detalla en las Condiciones Particulares.

El Instituto puede otorgar los siguientes descuentos a la tarifa:

1. Descuento por volumen de Suma Asegurada.
2. Descuento por volumen de Personas Aseguradas.
3. Descuento por Población Asegurada Joven.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

Los descuentos por volumen de suma asegurada y por volumen de personas aseguradas son excluyentes entre sí, prevaleciendo el mayor porcentaje.

Estos descuentos se negocian al suscribir el seguro o al cambiar las condiciones en la renovación anual y afectarán al Asegurado o al Tomador del seguro, según sea quien pague la prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Modalidades de Contratación.

En cada fecha de renovación anual el Instituto tendrá la facultad de modificar la tarifa aplicable tanto de la cobertura básica como de las coberturas adicionales a esta póliza. El aviso de su modificación lo hará el Instituto con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento anual de la póliza. El Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; en caso contrario, se considerará aceptada la modificación.

CLÁUSULA X. COMISIÓN DE COBRO

Para la Modalidad Contributiva, por la recaudación de las primas el Instituto reconocerá al Tomador del seguro el porcentaje de comisión de cobro que se especifique en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA XI. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

El Instituto reconocerá al Tomador del seguro un porcentaje de la utilidad de la póliza, que se estipulará en las Condiciones Particulares de este seguro. (Esta participación no se otorga si el seguro se apega a la Ley de Asociaciones Cooperativas y creación del INFOCOOP No. 4179).

En el caso de la modalidad contributiva, los excedentes deberán repercutir en el grupo asegurado.

CLÁUSULA XII. PRIMAS

La prima es el resultado de multiplicar la tarifa indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el número de miles de monto asegurado.

CLÁUSULA XIII. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, que podrá acreditarse también de manera fraccionada según la frecuencia escogida por el Tomador del seguro, a saber; mensual,



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

trimestral o semestral, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento y de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

Si el Tomador del seguro selecciona una forma de pago diferente de la anual deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en el cuadro adjunto.

Forma de Pago	Porcentaje de Recargo	Forma de Cálculo de la Tarifa
Mensual	5%	Tarifa anual *1.05/12
Trimestral	4%	Tarifa anual *1.04/4
Semestral	3%	Tarifa anual *1.03/2
Anual	No incluye recargo	

Se conviene que en caso de indemnización de conformidad con la cobertura de esta póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima anual, se deducirán de la liquidación resultante.

Los pagos de primas se podrán realizar en las Sedes o Puntos de venta del Instituto.

CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto concederá al Tomador del seguro un período de gracia de diez (10) días hábiles a partir de la fecha estipulada de pago de primas, sin aplicar recargos ni intereses.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las primas pendientes.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XV. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA

Con al menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento, el Instituto informará al Tomador del seguro las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual, las cuales se incluirán vía addendum. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Tomador del seguro también podrá solicitar las siguientes modificaciones en las condiciones de la póliza:

1. Cambio en la forma de pago.
2. Modificación del límite máximo individual asegurado.
3. Inclusión o exclusión de las coberturas adicionales.
4. Ajuste de vigencia anual del seguro.
5. Cambio de Intermediario.

Estas modificaciones deben solicitarse por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación en la próxima renovación anual de la póliza.

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

CLÁUSULA XVI. INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del grupo asegurable que desee estar incluido en el seguro deberá completar la fórmula suministrada por el Instituto para tal efecto, en la que solicita su inclusión en el seguro, junto con el formulario "Autorización para Consulta de Expediente".

El Instituto dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales aceptará o rechazará la solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad establecidas.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

Si la solicitud de inclusión es aceptada, el Instituto generará el certificado individual de seguro que se hará llegar al Asegurado. El solicitante quedará amparado a partir de las cero (0) horas la fecha que se indique en el certificado, siempre y cuando se haya pagado la prima.

CLÁUSULA XVII. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Instituto llevará el registro que incluirá los siguientes datos:

1. Para el Tomador del seguro: nombre o razón social, número de personería jurídica, actividad económica, dirección exacta, apartado, teléfono (s), fax, sitio web, dirección electrónica, número de cuenta cliente con su respectivo banco emisor y la cantidad de empleados.
2. Para cada uno de los Asegurados: nombre, edad, género, número de identificación, estado civil, escolaridad, fecha de nacimiento, nacionalidad, lugar de residencia, suma asegurada de cada uno, dirección exacta, apartado, teléfono (s), fax, ingreso mensual aproximado, sitio web, dirección electrónica, nombre del patrono, teléfono del patrono y fax del patrono, fecha en que entran en vigor los seguros, fecha de terminación de los seguros y números de los certificados individuales.

Con el fin de mantener actualizado dicho registro, el Tomador del seguro en forma mensual deberá entregar lo siguiente:

1. Un reporte mensual sobre las variaciones registradas, dicho informe deberá presentarlo dentro de los primeros diez (10) días naturales de la fecha de renovación siguiente. El reporte de variaciones contendrá la siguiente información:
 - a) **Inclusiones:** Nombre completo de los solicitantes, tipo y número de identificación, estado civil, escolaridad, ocupación, fecha de nacimiento, nacionalidad, género, dirección exacta, Apartado, teléfono (s), lugar de residencia, ingreso mensual aproximado, sitio web, dirección electrónica, cuenta cliente y su respectivo banco emisor, nombre del patrono, teléfono del patrono y fax del patrono fecha de ingreso al grupo asegurado, fecha de ingreso al seguro, suma asegurada solicitada para cada uno de ellos y pruebas de asegurabilidad si fueren requeridas por el Instituto.
 - b) **Exclusiones:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, suma asegurada.
 - c) **Cambios de monto:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, monto anterior y nuevo monto.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

Las variaciones de pólizas, independientemente de su forma de pago, reportadas luego del período indicado, entrarán en vigor a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que fueron reportadas al Instituto.

En caso de que la inclusión del Asegurado requiera de la aceptación del riesgo, se tomará como fecha de inclusión la indicada por el aceptador del riesgo, para lo cual se calculará el ajuste correspondiente, excepto para las pólizas con forma de pago mensual para las cuales se tomará como fecha de inclusión del Asegurado, la fecha de renovación mensual siguiente a la fecha de aceptación.

2. Durante los treinta (30) días naturales previos al aniversario póliza, el Instituto entregará al Tomador del seguro un reporte completo de asegurados indicando para cada uno: Nombre completo del Asegurado, número de identificación, género, número de certificado y suma asegurada individual; así como la suma asegurada total a fin de mantener actualizada la nómina de asegurados. El Tomador del seguro deberá revisar dicho listado y validar la información aportada, caso contrario solicitar las modificaciones respectivas. .

Todos los reportes a presentar ante el Instituto mencionados anteriormente, deberán ser entregados en el medio electrónico con la estructura de datos suministrada por el Instituto.

CLÁUSULA XVIII. DISPUTABILIDAD

La disputabilidad para este contrato aplica, por Asegurado, de acuerdo con el esquema que se detalla en las Condiciones Particulares.

En aquellos casos en que no se soliciten pruebas de asegurabilidad, dicha circunstancia no inhibe al Instituto de aplicar esta cláusula en todos sus términos y condiciones.

Para cada aumento de la suma asegurada, el cual deberá ser autorizado por el Instituto, se reinicia el período de disputabilidad, para el incremento correspondiente, a partir de la fecha de dicho incremento. Se exceptúan de esta condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, el periodo de disputabilidad se reinicia para las Coberturas Adicionales que se incluyan en fecha posterior a la inclusión del Asegurado en la póliza.



**SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA
SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XIX. PERIODOS DE CARENCIA

1. SIDA O HIV

Quando el siniestro sea consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o el complejo relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), el Instituto no amparará ninguna reclamación de acuerdo con los siguientes períodos contados a partir de la fecha de la inclusión del Asegurado en esta póliza.

Monto asegurado	Período de carencia
Hasta US\$100.000	5 años
Más de US\$100.000	8 años

Para cada aumento de la suma asegurada, el cual deberá ser autorizado por el Instituto se reinicia el período de carencia indicado anteriormente, para el incremento correspondiente a partir de la fecha de dicho incremento. Se exceptúan de esta condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, el periodo de carencia se reinicia para las Coberturas Adicionales que se incluyan en fecha posterior a la inclusión del Asegurado en la póliza.

En aquellos casos en que no se soliciten pruebas de asegurabilidad, dicha circunstancia no inhibe al Instituto de aplicar esta cláusula en todos sus términos y condiciones.

2. SUICIDIO

Si un Asegurado se suicida durante el primer año de haber sido incluido en la póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, el Instituto no amparará la reclamación.

Para los aumentos de monto, los cuales deberán estar autorizados por el Instituto, esta cláusula volverá a regir automáticamente con respecto a cada Asegurado, por el plazo que se establece y por el incremento de monto correspondiente. Se exceptúan de esta condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, esta cláusula empezará a regir para las Coberturas Adicionales que se incluyan en fecha posterior a la inclusión del Asegurado en la póliza.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XX. EXCLUSIONES

Las coberturas básicas no presentan exclusiones.

Las exclusiones aplicables a las coberturas adicionales se especifican en las respectivas coberturas.

CLÁUSULA XXI. 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 XXII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de las indemnizaciones por las coberturas adicionales, se debe cumplir el procedimiento citado en las respectivas coberturas. Las disposiciones de esta Cláusula se aplicarán supletoriamente en lo que proceda.

Para solicitar el pago de la indemnización en caso de Muerte, el Tomador del seguro y/o el Beneficiario deberán presentar al Instituto los requisitos que se enumeran de seguido en un plazo no mayor de noventa (90) días naturales después de conocer el evento:

1. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del fallecido.
3. Copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre. (en caso de muerte accidental).
4. Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado.
5. Boleta de autorización para revisión o reproducción física de expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Clínica de Medicina Legal, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros centros o clínicas, debidamente firmada por el Asegurado o beneficiario, con el fin de que el Instituto recopile la (s) historia (s) clínica (s) del Asegurado para el análisis del reclamo.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

6. En caso de recibir servicios médicos privados, debe aportar certificados médicos emitidos por profesionales incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos respectivo, donde se anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.
7. Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar:
 - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció
 - b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con el debido proceso de certificación consular.

8. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del (los) beneficiario (s).
9. Carta del Tomador del seguro solicitando la indemnización, indicando el nombre del Asegurado, número de cédula o del documento de identificación, número de certificado, fecha de inclusión al seguro y monto asegurado a la fecha del siniestro.
10. Constancia emitida por el Tomador del seguro en la que indique el número de cuenta cliente en la que desea que sea depositada la indemnización.
11. Indicación del lugar donde el Tomador del seguro y/o el Beneficiario recibirán las notificaciones que el Instituto le envíe.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta cláusula.

Cuando para resolver la amparabilidad del reclamo sea indispensable contar con una sentencia judicial, el beneficiario deberá presentar una copia certificada de la misma.

En caso de que el Asegurado incumpla con los requisitos de asegurabilidad, según el monto asegurado suscrito al momento de la inclusión en el seguro, la indemnización no podrá exceder el límite individual sin requisitos que corresponda según la Tabla de Requisitos de Asegurabilidad vigente a la fecha de la inclusión, tal como se indica en la Cláusula de Elegibilidad Individual.

La indemnización pagada al amparo de esta póliza será girada en su totalidad al Tomador del seguro, luego de lo cual el Tomador del seguro girará de inmediato a:

1. Los beneficiarios designados por el Asegurado o en su defecto, a la sucesión de éste, en caso de defunción.



**SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA
SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES
CONDICIONES GENERALES**

2. Los asegurados, en caso de incapacidad total y permanente y **enfermedad Oncológica o no Oncológica**, si la póliza contempla estas coberturas adicionales.

CLÁUSULA XXIII. 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 consultas sobre el trámite de los reclamos presentados, el Instituto dispone de los siguientes medios:

Por teléfono al número 800-TeleINS (800-8353467),
Por fax al : 2221-2294,
o bien pueden escribir la consulta al correo contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XXIV. FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS

La cobertura básica para el Asegurado finalizará automáticamente cuando:

1. Cumpla la edad de setenta y cuatro (74) años, excepto que se extienda el período de cobertura lo cual estará indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. Finalice su relación con el Tomador del seguro.
3. Se otorgue la cobertura de pago adelantado de la suma asegurada en la cobertura básica, en caso de incapacidad total y permanente (BI-1; BI-12 ó BI-24).
4. Respecto a las coberturas adicionales, según lo dispuesto en la cobertura correspondiente.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXV. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se terminará anticipadamente cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Tomador del seguro. En este caso se devolverán las primas no devengadas menos los cargos administrativos por cancelación anticipada, que corresponderán a un doce por ciento (12%), en el plazo de treinta (30) días hábiles después de dicha solicitud.
2. Por falta de pago de la prima total, según lo indicado en la Cláusula de Período de Gracia.

CLÁUSULA XXVI. BENEFICIARIOS

El Asegurado definirá el beneficiario de su póliza. En todo momento durante la vigencia de esta póliza el Asegurado puede cambiar de beneficiario (s), notificándolo por escrito al Tomador del seguro quien lo reportará al Instituto y surtirá efecto desde el momento que tal comunicado haya sido entregado en las oficinas del Tomador del seguro.

Si hubiere varios beneficiarios designados y algunos de ellos fallecieran antes que el Asegurado, la suma asegurada correspondiente será distribuida entre los beneficiarios designados sobrevivientes en proporción a su respectivo porcentaje.

Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado o si éste hubiere fallecido sin designar beneficiarios, la indemnización se girará a la sucesión de éste.

Advertencia:

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

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



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA XXVII. CONTINUIDAD DE COBERTURA

El Instituto podrá otorgar continuidad de cobertura sin exigencia de requisitos adicionales de asegurabilidad para los Asegurados con seguro vigente en la fecha de expedición de la póliza, hasta por el monto del valor asegurado que se tuviera contratado con la anterior compañía de seguros en las coberturas contratadas.

Las edades de permanencia serán las estipuladas en cada cobertura y definidas por el Instituto.

Esta continuidad se concede sin limitaciones por sus condiciones de salud o edad con la salvedad de que la continuidad de cobertura se otorga bajo la garantía suministrada por el Tomador del seguro de informar los riesgos que han sido recargados o extraprimados por la compañía anterior, a fin de aplicar estos recargos a las primas de la nueva póliza.

Es requisito indispensable el envío al Instituto del último listado emitido por la compañía de la cual es trasladado el grupo, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales con la siguiente información: nombres, apellidos, número de documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, suma asegurada, coberturas contratadas, limitación de la cobertura, sobreprimas o recargos por salud y/o actividad de cada uno de los Asegurados.

Dentro del alcance de la continuidad de cobertura, cualquier incremento de los valores asegurados sobre los iniciales, requerirá del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad establecidos en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XXVIII. DERECHO DE CONVERSIÓN

El Asegurado que deje de pertenecer al grupo estando el contrato en vigor, tiene derecho a que el Instituto le expida, sin pruebas de asegurabilidad, una póliza de Seguro Individual por un monto no superior a la última suma asegurada bajo este contrato y en alguno de los planes ofrecidos por el Instituto en ese momento, con las coberturas que disfrutaba en este seguro siempre y cuando se le puedan brindar en el Seguro Individual.

Para hacer uso de este derecho el Asegurado debe:



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

1. Tener menos de sesenta y seis (66) años de edad y haber permanecido cubierto por este contrato al menos durante un (1) año de manera ininterrumpida.
2. Solicitar la conversión del seguro por escrito al Instituto dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la terminación de su vínculo con el Tomador del seguro.
3. Pagar la prima que corresponda conforme a la edad alcanzada por él en esa fecha, según las tarifas vigentes para el plan solicitado.

En caso de que algún siniestro ocurriera durante el período dentro del cual el Asegurado dejó de pertenecer al grupo y hasta la emisión de la nueva póliza individual, el mismo estará cubierto conforme a las condiciones de la nueva póliza siempre que se cumpla con todos los requisitos y plazos para su emisión.

CLÁUSULA XXIX. 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 proviniera 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.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXX. TRASPASO O CESIÓN

El Instituto no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro hagan el Asegurado, el Tomador del seguro o los beneficiarios.

CLÁUSULA XXXI. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza, serán remitidas por el Instituto directamente al Asegurado, al Tomador del seguro, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, a la dirección señalada por ellos en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado deberá reportar por escrito al Tomador del seguro el cambio de dirección, quien lo comunicará al Instituto; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

CLÁUSULA XXXII. TIPO DE CAMBIO

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida la póliza, el Tomador del seguro 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 XXXIII. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta póliza, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley N° 7727, 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 XXXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE

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



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

aplica la Ley No. 4179 de Asociaciones Cooperativas y Creación del INFOCOOP publicada el 22 de agosto de 1968.

CLÁUSULA XXXV. COMPETENCIA JURISDICCIONAL

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

CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN

El Asegurado o beneficiario cederán al Instituto sus derechos, privilegios y acciones de cobro contra terceros responsables del siniestro, hasta la suma indemnizada. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto atribuible al Beneficiario, el Instituto podrá requerirle el reintegro de la suma indemnizada.

CLÁUSULA XXXVII. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA XXXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

El Instituto se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro en caso que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se lo solicite, durante la vigencia del Contrato. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Tomador del seguro, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA DÓLARES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXIX. 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 XL. 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 **P14-26-A01-075-VLRCS** de fecha **13 de enero del 2012**.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA) EN MUERTE PLUS

CLÁUSULA I. COBERTURA

Esta cobertura prevé el adelanto de la mitad del monto asegurado por muerte no accidental en caso de que el Asegurado sufra de una enfermedad Oncológica o no Oncológica según las definiciones de esta cobertura.

Aprobado por el Instituto y efectuado el pago correspondiente al Asegurado, la póliza continuará en vigencia por la cobertura básica de muerte accidental o no accidental y las otras coberturas adicionales si las tuviera.

Diagnosticada la enfermedad Oncológica o no Oncológica cubierta por esta cobertura, el monto asegurado de la cobertura básica de muerte accidental o no accidental no podrá aumentarse por ninguna causa.

CLÁUSULA II. ÁMBITO DE LA COBERTURA

El Instituto conviene adelantar mediante un único pago, el cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada en la cobertura básica de Muerte Plus, a los Asegurados que hayan sido diagnosticados con una enfermedad Oncológica o no Oncológica de conformidad con las siguientes definiciones:

- 1. Enfermedad Oncológica:** Se entiende como aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis local o a distancia, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.

SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA) EN MUERTE PLUS

2. Enfermedad No Oncológica: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo, se refiere a los grupos de patologías o enfermedades que se detallan a continuación y que cumplan con al menos dos de los criterios establecidos de acuerdo con la siguiente lista:

a. Enfermedad cardiovascular:

- i. Disnea clase IV de la NYHA y/o angina con Insuficiencia Cardíaca secundaria
- ii. Fracción de eyección $\leq 20\%$
- iii. Persistencia de síntomas a pesar de tratamiento adecuado
- iv. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento
- v. Antecedente de síncope, Infarto agudo de miocardio o arritmias sintomáticas.

b. Enfermedad pulmonar:

- i. Enfermedad pulmonar documentada por disnea de reposo clase IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores
- ii. Volumen forzado espiratorio (FEV1) después de broncodilatador menor al 30% de lo previsto
- iii. Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias debido a infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
- iv. Hipoxemia pO_2 55 mm/Hg en reposo con aire ambiente o $SatO_2$ 88% con O_2 suplementario o hipercapnia, PCO_2 50 mmHg o más
- v. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar
- vi. Hipertensión pulmonar documentada, disnea de mínimos esfuerzos
- vii. Taquicardia de >100 ppm en reposo

c. Enfermedad hepática:

**SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR
ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA)
EN MUERTE PLUS**

- i. Albúmina < 2.8 gr/dl
- ii. T de protrombina < 30%
- iii. Hipertensión portal documentada
- iv. Bilirrubina sérica de 3 mg/dl o más
- v. INR > 1.5
- vi. Presencia de al menos uno de los síntomas comórbidos: encefalopatía, ascitis, síndrome hepato renal y sangrado digestivo

d. Enfermedad renal:

- i. Síntomas urémicos: Confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario
- ii. Diuresis < 400 cc/día
- iii. Hiperkalemia >7m Eq/l que no responde a tratamiento
- iv. Pericarditis urémica. Sobrecarga de fluidos intratable.
- v. Nivel de creatinina > 8 mg/dl
- vi. Tasa de filtración glomerular menor o igual a 10 ml/min

e. Esclerosis Lateral Amiotrófica:

Evidencia clínica de compromiso de una de las siguientes funciones:

- i. Capacidad ventilatoria
- ii. Estado funcional
- iii. Capacidad de deglución

f. Otras enfermedades de Neurona Motora:

- i. Diagnóstico y clínica de enfermedad neurológica de neurona motora (determinadas mediante pruebas de gabinete que apoyen el diagnóstico)
- ii. Progresión clínica de la enfermedad documentada

g. Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida:

- i. Diagnóstico clínico de SIDA
- ii. Antecedente de infección oportunista de fondo
- iii. Carga Viral > 100.000/ml

SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA) EN MUERTE PLUS

- iv. Conteo de CD4 menor de 25 células/ul
- h. **Síndromes demenciales y enfermedad cerebro vascular:**
 - i. Edad >65 años
 - ii. Estado funcional Barthel menos de 50 puntos
 - iii. Deterioro cognitivo grave (Minimental < 14)
 - iv. Escala FAST (Functional Assesment Staging) > 7
 - v. Presencia de complicaciones tales como: enfermedades comórbidas, infecciones a repetición (urinaria, respiratoria), uso de oxígeno suplementario, pielonefritis, sepsis
 - vi. Desnutrición (pérdida < 10% de peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses o IMC <= 18,5 y/o Albúmina < 2.5 g/dl)
 - vii. Claudicación familiar
 - viii. Presencia de por lo menos una úlcera por presión grado 4, o dos o más úlceras por presión grado 3
- i. **Enfermedad Arterial Periférica**
 - i. Dolor severo en reposo del miembro afectado
 - ii. Isquemia o Gangrena de un miembro afectado

Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social

Dicha suma se otorgará al Asegurado, en caso que el Asegurado se encuentre en estado comatoso y se aporten los requisitos contemplados en la cláusula de Procedimiento para el pago de la Indemnización, para hacer efectivo el derecho a esta cobertura, la suma a otorgar será entregada al Beneficiario o Beneficiarios nombrados por el Asegurado, conforme lo establece la Cláusula de Beneficiarios, de las Condiciones Generales de esta póliza

CLÁUSULA III. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN

En caso de ocurrencia del siniestro corresponde al Asegurado:

SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA) EN MUERTE PLUS

1. Dar aviso al Tomador del seguro por medio de una carta solicitando la indemnización, indicando sus datos personales y la existencia de la enfermedad Oncológica o no Oncológica.
2. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
3. Boleta de autorización de revisión de expedientes clínicos, firmada por el Asegurado.
4. Certificado médico que indique el diagnóstico, condición actual y evolución de la enfermedad, incluyendo estudios clínicos, estudios radiológicos y estudios histológicos y/o de laboratorio.
5. Epicrisis de la historia clínica de los centros médicos en los cuales ha sido atendido, donde se pueda constatar al menos tres internamientos hospitalarios en los últimos seis meses por motivo de descompensación de su propia patología clínica independientemente de la duración del internamiento, o un internamiento en el hospital por más de 15 días en los últimos tres meses, o que haya sido referido a la Unidad de Cuidados Paliativos sea intrahospitalario o en su hogar.

El Asegurado debe indicar por escrito los centros médicos donde ha sido atendido.

CLÁUSULA IV. EXCLUSIONES

1. Esta cobertura no se concederá si la enfermedad no oncológica es a consecuencia directa de accidente.
2. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.
3. Carcinoma in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
4. Microcarcinoma papilar de la tiroides.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA) EN MUERTE PLUS

5. **Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como: Ta N0 M0 o con una clasificación menor.**
6. **Tumores benignos, tumores encapsulados, cáncer que no sea metastásico y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.**
7. **Cáncer extirpado y que no presente metástasis después del tratamiento inicial.**

CLÁUSULA V. EDADES DE CONTRATACIÓN

La edad de contratación para esta cobertura es entre quince (15) años y hasta sesenta y cinco (65) años de edad.

CLÁUSULA VI. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La presente cobertura finalizará automáticamente para cada Asegurado cuando suceda alguna de las siguientes situaciones:

1. Cumpla la edad de setenta y cuatro (74) años, excepto que no se limite el periodo de la cobertura básica de Muerte accidental o no accidental, en cuyo caso esta cobertura tampoco tendría límite.
2. Se cancele el Contrato de Seguro del cual forma parte esta cobertura.
3. Finalice su relación con el Tomador del seguro.
4. Por falta de pago de las primas correspondientes.
5. Por declaración falsa o inexacta.

CLÁUSULA VII. REGULACIONES NO CONTEMPLADAS

Todos los aspectos no contemplados en esta cobertura en relación con su funcionamiento, se regirán por lo dispuesto en las condiciones generales de la póliza colectiva a la cual esta cobertura se agrega.

CLÁUSULA VIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están



**SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA
COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR
ADELANTO DE LA MITAD DE LA SUMA ASEGURADA (AMSA)
EN MUERTE PLUS**

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 los registros número **P14-26-A01-074 (colones)** y **P14-26-A01-075 (dólares)** de fecha **28 de diciembre del 2009**.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA

Esta cobertura es adicional al seguro colectivo de vida suscrito por el Tomador del seguro y se agrega al total de asegurados de la póliza colectiva. Se regirá por las siguientes condiciones.

CLÁUSULA I. COBERTURA

Esta cobertura prevé el pago de un monto adicional no mayor al 50% del monto asegurado por muerte accidental o no accidental en caso de que el Asegurado sufra de una enfermedad Oncológica o no Oncológica. El porcentaje estará definido en las Condiciones Particulares del Contrato.

Aprobado por el Instituto y efectuado el pago correspondiente al Asegurado, la póliza continuará en vigencia por la cobertura básica de muerte accidental o no accidental y las otras coberturas adicionales si las tuviera.

Diagnosticada la enfermedad Oncológica o no Oncológica cubierta por esta cobertura, el monto asegurado de la cobertura básica de muerte accidental o no accidental no podrá aumentarse por ninguna causa.

CLÁUSULA II. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA.

- 1. Enfermedad Oncológica:** Se entiende como aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis local o a distancia, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.
- 2. Enfermedad No Oncológica:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo, se refiere a los grupos de patologías o enfermedades que se detallan a continuación y que cumplan con al menos dos de los criterios establecidos de acuerdo con la siguiente lista:



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA

a. **Enfermedad cardiovascular:**

- i. Disnea clase IV de la NYHA y/o angina con Insuficiencia Cardíaca secundaria
- ii. Fracción de eyección $\leq 20\%$
- iii. Persistencia de síntomas a pesar de tratamiento adecuado
- iv. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento
- v. Antecedente de síncope, Infarto agudo de miocardio o arritmias sintomáticas.

b. **Enfermedad pulmonar:**

- i. Enfermedad pulmonar documentada por disnea de reposo clase IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores
- ii. Volumen forzado espiratorio (FEV1) después de broncodilatador menor al 30% de lo previsto
- iii. Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias debido a infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
- iv. Hipoxemia pO_2 55 mm/Hg en reposo con aire ambiente o $SatO_2$ 88% con O_2 suplementario o hipercapnia, PCO_2 50 mmHg o más
- v. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar
- vi. Hipertensión pulmonar documentada, disnea de mínimos esfuerzos
- vii. Taquicardia de >100 ppm en reposo

c. **Enfermedad hepática:**

- i. Albúmina < 2.8 gr/dl
- ii. T de protrombina $< 30\%$
- iii. Hipertensión portal documentada
- iv. Bilirrubina sérica de 3 mg/dl o más
- v. INR > 1.5
- vi. Presencia de al menos uno de los síntomas comórbidos: encefalopatía, ascitis, síndrome hepato renal y sangrado digestivo

SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA

d. Enfermedad renal:

- i. Síntomas urémicos: Confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario
- ii. Diuresis < 400 cc/día
- iii. Hiperkalemia >7m Eq/l que no responde a tratamiento
- iv. Pericarditis urémica. Sobrecarga de fluidos intratable.
- v. Nivel de creatinina > 8 mg/dl
- vi. Tasa de filtración glomerular menor o igual a 10 ml/min

e. Esclerosis Lateral Amiotrófica:

Evidencia clínica de compromiso de una de las siguientes funciones:

- i. Capacidad ventilatoria
- ii. Estado funcional
- iii. Capacidad de deglución

f. Otras enfermedades de Neurona Motora:

- i. Diagnóstico y clínica de enfermedad neurológica de neurona motora (determinadas mediante pruebas de gabinete que apoyen el diagnóstico)
- ii. Progresión clínica de la enfermedad documentada

g. Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida:

- i. Diagnóstico clínico de SIDA
- ii. Antecedente de infección oportunista de fondo
- iii. Carga Viral > 100.000/ml
- iv. Conteo de CD4 menor de 25 células/ul

h. Síndromes demenciales y enfermedad cerebro vascular:

- i. Edad >65 años
- ii. Estado funcional Barthel menos de 50 puntos
- iii. Deterioro cognitivo grave (Minimental < 14)
- iv. Escala FAST (Functional Assesment Staging) > 7
- v. Presencia de complicaciones tales como: enfermedades comórbidas, infecciones a repetición (urinaria, respiratoria), uso de oxígeno suplementario, pielonefritis, sepsis



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA

- vi. Desnutrición (pérdida < 10% de peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses o IMC < = 18,5 y/o Albúmina < 2.5 g/dl)
 - vii. Claudicación familiar
 - viii. Presencia de por lo menos una úlcera por presión grado 4, o dos o más úlceras por presión grado 3
- i. **Enfermedad Arterial Periférica**
- i. Dolor severo en reposo del miembro afectado
 - ii. Isquemia o Gangrena de un miembro afectado

Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social

El Instituto conviene el pago de un monto adicional no mayor al cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada en la cobertura básica de Muerte accidental o no accidental, a los Asegurados que hayan sido diagnosticados con una enfermedad oncológica o no oncológica de conformidad con las definiciones en esta cobertura.

Dicha suma se otorgará al Asegurado. En caso que el Asegurado se encuentre en estado comatoso y se aporten los requisitos contemplados en la cláusula Procedimiento para el pago de la Indemnización, para hacer efectivo el derecho a esta cobertura, la suma a otorgar será entregada al Beneficiario o Beneficiarios nombrados por el Asegurado, conforme lo establece la Cláusula de Beneficiarios, de las Condiciones Generales de esta póliza.

CLÁUSULA III. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN

En caso de ocurrencia del siniestro corresponde al Asegurado:

1. Dar aviso al Tomador del seguro por medio de una carta solicitando la indemnización, indicando sus datos personales y la existencia de la enfermedad Oncológica o no Oncológica.
2. Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
3. Boleta de autorización de revisión de expedientes clínicos, firmada por el Asegurado.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA

4. Certificado médico que indique el diagnóstico, condición actual y evolución de la enfermedad, incluyendo estudios clínicos, estudios radiológicos y estudios histológicos y/o de laboratorio.
5. Epicrisis de la historia clínica de los centros médicos en los cuales ha sido atendido, donde se pueda constatar al menos tres internamientos hospitalarios en los últimos seis meses por motivo de descompensación de su propia patología clínica independientemente de la duración del internamiento, o un internamiento en el hospital por más de 15 días en los últimos tres meses, o que haya sido referido a la Unidad de Cuidados Paliativos sea intrahospitalario o en su hogar.

El Asegurado debe indicar por escrito los centros médicos donde ha sido atendido.

CLÁUSULA IV. EXCLUSIONES

1. Esta cobertura no se concederá si la enfermedad no Oncológica es a consecuencia directa de accidente.
2. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.
3. Carcinoma in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
4. Microcarcinoma papilar de la tiroides.
5. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como: Ta N0 M0 o con una clasificación menor.
6. Tumores benignos, tumores encapsulados, cáncer que no sea metastásico y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
7. Cáncer extirpado y que no presente metástasis después del tratamiento inicial.

CLÁUSULA V. EDADES DE CONTRATACIÓN

La edad de contratación para esta cobertura es entre quince (15) años y hasta sesenta y cinco (65) años de edad.



SEGURO DE VIDA TRADICIONAL COLECTIVA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O NO ONCOLÓGICA

CLÁUSULA VI. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA

La presente cobertura finalizará automáticamente para cada Asegurado cuando suceda alguna de las siguientes situaciones:

1. Cumpla la edad de sesenta y nueve (69) años.
2. Se cancele el Contrato de Seguro del cual forma parte esta cobertura.
3. Finalice su relación con el Tomador del seguro.
4. Por falta de pago de las primas correspondientes.
5. Por declaración falsa o inexacta.

CLÁUSULA VII. REGULACIONES NO CONTEMPLADAS

Todos los aspectos no contemplados en esta cobertura en relación con su funcionamiento, se regirán por lo dispuesto en las condiciones generales de la póliza colectiva a la cual esta cobertura se agrega.

CLÁUSULA VIII. 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 los registros número **P14-26-A01-074 (colones)** y **P14-26-A01-075 (dólares)** de fecha **28 de diciembre del 2009**.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Seguros Personales
SOLICITUD PARA UN SEGURO VIDA TRADICIONAL COLECTIVA

DATOS GENERALES DEL TOMADOR DEL SEGURO

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"/> Jurídica		<input type="checkbox"/> Gobierno		<input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Institución Autónoma	
N Identificación		Ocupación o actividad económica			
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Sexo	
Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia		Cantón		Distrito	
Dirección exacta					
Calle		Avenida		Otras señas	
Apartado		Teléfono Oficina		Teléfono Domicilio	
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)	

DATOS GENERALES DEL GRUPO A ASEGURAR

I. TIPO DE GRUPO A ASEGURAR:

GRUPO NATURAL:	<input type="checkbox"/>	Obrero-Patronal	<input type="checkbox"/>	Sindicatos	<input type="checkbox"/>
*OTROS GRUPOS:	<input type="checkbox"/>	Asoc. Solidarista	<input type="checkbox"/>	Cooperativas	<input type="checkbox"/>
		Colegios Profes.	<input type="checkbox"/>	Cámaras	<input type="checkbox"/>
		Asoc. Solidarista	<input type="checkbox"/>	Cooperativas	<input type="checkbox"/>
*Diferentes al grupo obrero-patronal.		Operadoras Pens.	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

¿El grupo a asegurar contaba o cuenta con un seguro colectivo de vida con otra compañía aseguradora? SI NO

Nombre de la compañía _____ Nº de póliza _____

II. CANTIDAD DE MIEMBROS A ASEGURAR:

Número Total de Miembros del Grupo: _____

Número Total de Miembros a Asegurar _____ Porcentaje _____ %

III. COMPOSICIÓN DEL GRUPO A ASEGURAR:

Edad Promedio del Grupo a Asegurar: _____

Composición por Género del Grupo: Hombres % _____ Mujeres % _____

IV. SUMA A ASEGURAR:

Moneda: Dólares Colones

Monto Uniforme: _____

Monto Escalonado: _____

_____ I Nivel

_____ II Nivel

_____ III Nivel

Salarios _____

V. ¿QUIÉN PAGA LA PRIMA DE LA PÓLIZA?:

Asegurado (Modalidad Contributiva)

Tomador del Seguro (Modalidad No Contributiva)

Observaciones Adicionales sobre el Tomador del seguro: _____

DATOS DEL SEGURO Y CÁLCULO DE TARIFA

NO LIMITACIÓN DE EDAD:

SI NO

COBERTURAS	OPCIONES ELEGIDAS (Marque con una X)	TARIFA ANUAL
Coberturas Básicas		
Muerte	<input type="checkbox"/>	_____
Muerte Plus (Muerte-AMSA-Funerario)	<input type="checkbox"/>	_____
Coberturas Adicionales		
BI	BI-1 <input type="checkbox"/> BI-12 <input type="checkbox"/> BI-24 <input type="checkbox"/>	_____
DID	<input type="checkbox"/>	_____
Familiar	<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	_____
Enfermedad Oncológica o no Oncológica	<input type="checkbox"/> _____ %	_____
Funerario	<input type="checkbox"/> Monto Asegurado _____ ó _____ %	_____
Mayores de 65 años	<input type="checkbox"/>	_____
Descuentos		
Volumen Suma Asegurada	_____ Cantidad de Asegurados _____	Desc. (_____ %)
Población joven		Desc. (_____ %)
Total Descuentos		Desc. (_____ %)
Tarifa Anual: _____		
Forma de pago: _____ Factor: (_____ %)		Tarifa _____

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Correo electrónico: _____ Fax: _____

Apartado o Dirección: _____

Recuerde mantener actualizados sus datos.

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el seguro dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

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.

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 los registros número P14-26-A01-074 (colones) y P14-26-A01-075 (dólares) de fecha 28 de diciembre del 2009, Póliza de Seguros Personales Colectiva No Adhesión PRP-LP-A01-312 (colones) y PRP-LP-A01-313 (dólares) ambos de fecha 10 de febrero del 2012.

Como representante autorizado del Tomador del Seguro, doy fe que todas las declaraciones aquí indicadas son verdaderas y libero al Instituto Nacional de Seguros de toda responsabilidad sobre esta póliza en caso de omisión o falsas declaraciones.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del representante del Tomador del Seguro: _____

Puesto del Representante del Tomador del Seguro: _____

Firma y N° de identificación del Tomador del Seguro: _____

Nombre del Intermediario: _____

Firma y N° del intermediario de seguros: _____

Para uso exclusivo del Instituto:

Revisado por:

Autorizado por: