

# ***Instituto Nacional de Seguros***

## ***Seguro Autoexpedible de Protección Familiar en Colones***

**Código de producto: P16-33-A01-024-VLRCS**

**Fecha de registro VLRCS: 27-mar-12**

**Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-01146-2012**

**CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA**

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

**CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA**

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

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

**CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO**

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

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

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

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

**CLÁUSULA IV. DEFINICIONES**

1. **Accidente:** Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.
2. **Asegurado:** Persona física que, por cuenta propia contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Está expuesto a los riesgos asegurados bajo este contrato y asume los derechos y las obligaciones derivadas de este.
3. **Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.
4. **Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
5. **Conviviente:** Persona del sexo opuesto con la que el asegurado convive en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años, con aptitud legal para contraer matrimonio.
6. **Disputabilidad:** Cláusula que permite al Instituto investigar

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



- 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.
7. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
8. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
9. **Falsedad:** La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad.
10. **Muerte No Accidental:** Toda muerte que no sea a causa de un accidente.
11. **Operador de Seguro Autoexpedible:** Son Operadores de Seguro Autoexpedibles las personas jurídicas que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se comprometen frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.
12. **Período de Carencia:** Período de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las coberturas previstas.
13. **Período de Gracia:** Es el período después de la fecha estipulada de pago, durante la cual la prima puede ser pagada, sin recargo de intereses. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.
14. **Pre-existencia:** Cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.
15. **Prima:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.
16. **Prima no devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al periodo de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
17. **Retención:** La declaración se considerará retención cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equívoco significado.
18. **Tomador del seguro:** Sinónimo de Asegurado.

#### **CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA**

El Asegurado elegirá la suma asegurada entre las opciones que para tal efecto se señalan en la Oferta de Seguro y estarán sujetas

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



a las condiciones vigentes de aseguramiento.

En ningún caso la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, podrá exceder los veinticinco millones de colones costarricenses (¢25.000.000,00).

## **CLÁUSULA VI. COBERTURAS**

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

Esta póliza está conformada por las siguientes Coberturas básicas:

### **1. Coberturas Básicas**

- a. **Cobertura en caso de Muerte Accidental.** El Instituto pagará la suma asegurada indicada en la Oferta de Seguro mediante rentas mensuales, las cuales más adelante se describen, si el Asegurado muere a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y en las condiciones indicadas en las mismas.
- b. **Cobertura en caso de Muerte no Accidental.** El Instituto pagará la suma asegurada, indicada en la Oferta de Seguro mediante rentas mensuales, las cuales más abajo se describen, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado fallece por alguna causa objeto de cobertura en esta póliza, excepto por accidente.

### **1. Descripción de Rentas**

Cada una de las dos coberturas básicas, las cuales no son opcionales, asegura el pago de las siguientes rentas:

- a. **Renta para Alimentación**
- b. **Renta para Vivienda**
- c. **Renta para Pago de Servicios (Luz, Agua, Teléfono)**
- d. **Renta Educativa**
- e. **Renta para Transporte**

Estas rentas tienen como fin que la familia del Asegurado fallecido pueda hacer frente a las diferentes necesidades económicas antes mencionadas.

Mensualmente el Instituto girará un único pago al (los) beneficiario (s), equivalente al total de las rentas, según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, indistintamente si existe el gasto como tal.

Las sumas a indemnizar al (los) beneficiario (s) se harán de acuerdo a los montos indicados por el Asegurado en la Oferta de Seguro, mediante rentas mensuales, por un período de 12 meses.

## **CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro autoexpedible no renovable, cuya vigencia es hasta por un máximo de 5 años.

Entrará en vigor en la fecha indicada en la Oferta de Seguro,

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

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

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado de esta póliza deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:

1. Tener entre dieciocho (18) años y sesenta y cuatro (64) años de edad y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
2. Completar y firmar la Oferta de Seguro.

### **CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS**

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

Mientras esta póliza esté en vigor el Asegurado puede, con sujeción a los términos de toda cesión existente, cambiar el Beneficiario mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que el Instituto suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención. La aceptación de dicho cambio quedará sujeta a que se demuestre la dependencia económica y/o de afinidad con el Asegurado.

En caso de que algún Beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario o Beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado, el monto pagadero

bajo esta póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

La designación de un acreedor como Beneficiario le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al saldo pendiente del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida. Si ésta excede el importe del saldo del crédito al ocurrir el siniestro el remanente se pagará a los Beneficiarios distintos del acreedor, según corresponda.

Los Beneficiarios tendrán derecho a exigir al Instituto que pague al acreedor el importe del saldo del crédito amparado por el seguro.

El Instituto se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, la decisión que tenga por objeto rescindir o anular la póliza, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones necesarias para la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que el Instituto pague al acreedor el importe del saldo del crédito.

El cambio de Beneficiario acreedor sólo se podrá realizar con consentimiento de éste.

#### **Advertencia:**

En el caso de que se desee nombrar 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 a la póliza 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

#### **CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

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

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima mensual.

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

Si el Asegurado decide no mantener este seguro, deberá comunicarlo por escrito ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado o en cualquier Sede del Instituto por lo menos con treinta

(30) días naturales de anticipación. En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

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

Cuando corresponda la devolución de primas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

#### **CLÁUSULA XII. PERÍODO DE GRACIA**

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

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

| <b>Forma de pago</b> | <b>Periodo de Gracia (días)</b> |
|----------------------|---------------------------------|
| Mensual              | 60                              |

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el



Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

### **CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE CARENCIA**

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado muere por causa no accidental durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de emisión de esta póliza.

Este período de carencia no aplica en caso de muerte accidental.

### **CLÁUSULA XIV. SUICIDIO**

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

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

### **CLÁUSULA XV. DISPUTABILIDAD**

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

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

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

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

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado con el cual adquirió la póliza, también podrá presentarlos en cualquier Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

Para tal trámite el Instituto pone a disposición los siguientes medios de comunicación:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Fax: 2221-2294

Correo Electrónico:  
contactenos@ins-cr.com

El Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Sede del Instituto que corresponda, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando el Instituto revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al (los) Beneficiario (s) según corresponda y al Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado.

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



Para el trámite de reclamos, el (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar, independientemente de la cobertura a afectar, los siguientes documentos:

- a. Carta del (los) beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de entidad, por ambos lados, para el (los) beneficiario (s) menor (es) de edad. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia del documento de identidad o pasaporte.
- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.
- d. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.
- e. En caso que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso, y la fotocopia completa del expediente judicial, ambos debidamente consularizados.

En adición a lo anterior, para la cobertura de Muerte Accidental debe presentarse el siguiente documento:

- a. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente

que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.

Será responsabilidad del Instituto disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al (los) Beneficiarios.

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

El (los) Beneficiario (s) podrá (n) realizar el pago correspondiente en ese momento o en su defecto, éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

#### **CLÁUSULA XVII. PLAZO DE RESOLUCION**

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

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

#### **CLÁUSULA XVIII. EXCLUSIONES**

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

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



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

- a. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o el acto atribuible a dichos eventos.
- b. La participación en motines, riñas o huelgas.
- c. La comisión o tentativa de delito doloso.
- d. La ingesta voluntaria y consciente de: veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases.
- e. La participación como piloto o pasajero en algún automóviles o vehículos en competencias de velocidad, resistencia o seguridad y accidentes de la navegación aérea o marítima, a no ser que el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves o embarcaciones de una línea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.
- f. Si la persona que reclama el importe de la póliza como beneficiario o heredero legítimo, fuere autora o cómplice de la causa o evento que origina la reclamación, declarada por sentencia judicial firme, perderá todo derecho a la indemnización.
- g. Los accidentes que sean provocados por el asegurado como consecuencia de la ingesta de estupefacientes o drogas o bebidas alcohólicas.

Para este último se considerará el estado de ebriedad según se defina en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento u orina.

## **2. Para la Cobertura de Muerte Accidental**

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

- Enfermedad física o mental.

## **3. Para la Cobertura de Muerte no Accidental**

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

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

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

1. Finalice la vigencia de la póliza.
2. Solicitud expresa del Asegurado.
3. El Asegurado alcance la edad de los sesenta y cinco (65) años y los trescientos sesenta y cuatro (364) días.
4. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza.

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



5. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
6. Fallezca el Asegurado.

#### **CLÁUSULA XX. 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 ha incurrido de forma intencional en reticencia o falsedad, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el Instituto hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.

En estos casos el Instituto retendrá las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.

Si el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) hubiese (n) recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza y posteriormente el Instituto compruebe que dicha indemnización fue producto de una reclamación fraudulenta o engañosa, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) quedará (n) automáticamente obligado (s) a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los daños y perjuicios causados.

Si la omisión o inexactitud no son intencionales se procederá conforme a las siguientes posibilidades:

- a) El Instituto tendrá un mes a partir de que conoció la situación para

proponer al Asegurado la modificación del contrato, la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el plazo de quince días hábiles después de la notificación, el Instituto, dentro de los siguientes quince días hábiles, podrá dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.

- b) Si el Instituto demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el plazo de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al Asegurado la prima no devengada al momento de la rescisión.

- c) El derecho del Instituto de proceder conforme a los incisos a) y b) caducará una vez transcurridos los plazos señalados y quedará convalidado el vicio.

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

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al(los) Beneficiario(s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.
2. **Revisión:** El (los) Beneficiario(s) puede(n) solicitar la revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto o ante el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado.

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. Cuando proceda el Operador de Seguro Autoexpedible o el intermediario de seguros autorizado remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida.

#### **CLÁUSULA XXII. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o el intermediario de seguros autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado.

#### **CLÁUSULA XXIII. TIPO DE CAMBIO**

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

#### **CLÁUSULA XXIV. PRESCRIPCIÓN**

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

#### **CLÁUSULA XXV. LEGISLACION APLICABLE**

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

#### **CLAUSULA XXVI RESOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltos a través de los diferentes medios establecidos en la Ley 7727 del 09/12/1997 sobre resolución Alternativa de Conflictos y promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

#### **CLÁUSULA XXVII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

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

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla

**Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado**



con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

#### **CLAUSULA XXVIII NORMA SUPLETORIA**

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 de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N°8956 del 12 de setiembre de 2011 y sus reformas, el Código de Comercio y el Código Civil.

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

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

#### **CLÁUSULA XXX. COMUNICACIONES**

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

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta

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

#### **CLÁUSULA XXXI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA 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 **P16-33-A01-024 V02 de fecha 05 de mayo del 2011.**

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado



## Oferta-Recibo de Seguro Autoexpedible de Protección Familiar Colones



| DATOS ASEGURADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    | Póliza de Seguro No. |                          | NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA                                                                                                                                                |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--------------------------|---------|----------|---------|---------|---------|---------------|--------------------------|----------|----------|----------|----------|---------|--------|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|--|--|--|--|--|--|---------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES DEL INS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Vigencia Desde _____ Hasta _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Primer Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              | Segundo Apellido                                                                                                                                                     |                                                                                    | Nombre Completo      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tipo de Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              | <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo |                                                                                    | Estado Civil         |                          | <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Célibe |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N° de Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                              | Ocupación                                                                                                                                                            |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              | Género                                                                                                                                                               |                                                                                    | Nacionalidad         |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Día _____ Mes _____ Año _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino                                                                                                 |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Provincia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              | Cantón                                                                                                                                                               |                                                                                    | Distrito             |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dirección Exacta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Calle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Avenida                                      |                                                                                                                                                                      | Otras Señas                                                                        |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Apartado Postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Teléfono Oficina                             |                                                                                                                                                                      | Teléfono Domicilio                                                                 |                      | Teléfono Celular         |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Dirección Electrónica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      | Fax                                                                                |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| ON DE SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Declaro no padecer o haber padecido de alguna de las siguientes enfermedades:<br>1.- Enfermedad del corazón por presión alta.      2.- Infarto del Miocardio      3.- Derrame Cerebral      4.- Diabetes Mellitus<br>5.- Tumores malignos o cáncer      6.- SIDA      7.- Infecciones por el virus VIH (SIDA).<br>8.- Bronquitis crónica o enfisema      9.- Insuficiencia renal.      10.- Cirrosis Hepática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. Si el fallecimiento es a consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso este contrato será nulo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Preexistencia: Se considera pre-existente cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Señale el medio por el cual desea ser notificado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Correo Electrónico: _____ celular _____ fax _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Apartado o Dirección: _____ Recuerde mantener actualizados sus datos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Suma asegurada que deseo contratar en colones costarricenses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Marque la opción a elegir</th> <th colspan="5">DETALLE DE RENTAS POR UN PERIODO DE 12 MESES</th> <th>COBERTURAS BÁSICAS</th> </tr> <tr> <th>Renta para Alimentación</th> <th>Renta para Vivienda</th> <th>Renta Pago Servicios Públicos</th> <th>Renta Educativa</th> <th>Renta para Transporte</th> <th>MUERTE ACCIDENTAL</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>MUERTE NO ACCIDENTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>₡85.000</td> <td>₡140.000</td> <td>₡55.000</td> <td>₡55.000</td> <td>₡30.000</td> <td>Prima Mensual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>₡170.000</td> <td>₡280.000</td> <td>₡110.000</td> <td>₡110.000</td> <td>₡60.000</td> <td>₡7.822</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>₡285.000</td> <td>₡560.000</td> <td>₡275.000</td> <td>₡275.000</td> <td>₡180.000</td> <td>₡15.645</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>₡33.754</td> </tr> </tbody> </table> |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          | Marque la opción a elegir                                                                                                                                                       | DETALLE DE RENTAS POR UN PERIODO DE 12 MESES |  |  |  |  | COBERTURAS BÁSICAS | Renta para Alimentación | Renta para Vivienda | Renta Pago Servicios Públicos | Renta Educativa | Renta para Transporte | MUERTE ACCIDENTAL |  |  |  |  |  | MUERTE NO ACCIDENTAL | <input type="checkbox"/> | ₡85.000 | ₡140.000 | ₡55.000 | ₡55.000 | ₡30.000 | Prima Mensual | <input type="checkbox"/> | ₡170.000 | ₡280.000 | ₡110.000 | ₡110.000 | ₡60.000 | ₡7.822 | <input type="checkbox"/> | ₡285.000 | ₡560.000 | ₡275.000 | ₡275.000 | ₡180.000 | ₡15.645 |  |  |  |  |  |  | ₡33.754 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Marque la opción a elegir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DETALLE DE RENTAS POR UN PERIODO DE 12 MESES |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 | COBERTURAS BÁSICAS                           |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Renta para Alimentación                      | Renta para Vivienda                                                                                                                                                  | Renta Pago Servicios Públicos                                                      | Renta Educativa      | Renta para Transporte    |                                                                                                                                                                                 | MUERTE ACCIDENTAL                            |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      | MUERTE NO ACCIDENTAL     |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ₡85.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ₡140.000                                     | ₡55.000                                                                                                                                                              | ₡55.000                                                                            | ₡30.000              | Prima Mensual            |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ₡170.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ₡280.000                                     | ₡110.000                                                                                                                                                             | ₡110.000                                                                           | ₡60.000              | ₡7.822                   |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ₡285.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ₡560.000                                     | ₡275.000                                                                                                                                                             | ₡275.000                                                                           | ₡180.000             | ₡15.645                  |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      | ₡33.754                  |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Mensualmente el Instituto girará un único pago al (los) beneficiario (s), equivalente al total de las rentas, según la opción elegida por el Asegurado en la Oferta de Seguro, indistintamente si existe el gasto como tal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguros como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| BENEFICIARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DETALLE DE BENEFICIARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | APELLIDOS                                    | NOMBRE                                                                                                                                                               | CEDULA                                                                             | PARENTESCO           | PORCENTAJE PARTICIPACION | TELÉFONO DE CONTACTO                                                                                                                                                            |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS DE SEGUROS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios: (Marque con una equis "X" a la izquierda de cada medio de pago)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Planillas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                    |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      | Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Número de tarjeta/cuenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      | Fecha de vencimiento:                                                              |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Moneda: <input type="checkbox"/> Colones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                                                                                                                                                      | Forma de pago de la prima de Seguro: <input type="checkbox"/> Mensual              |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |
| Número de Póliza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Monto a cargar:                              |                                                                                                                                                                      | El cargo será a partir de:                                                         |                      |                          |                                                                                                                                                                                 |                                              |  |  |  |  |                    |                         |                     |                               |                 |                       |                   |  |  |  |  |  |                      |                          |         |          |         |         |         |               |                          |          |          |          |          |         |        |                          |          |          |          |          |          |         |  |  |  |  |  |  |         |  |

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

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

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33- A01- 024 de fecha 05 de mayo del 2011

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

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO/ ASEGURADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS AUTORIZADO/ ASEGURADORA:

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, pagina Web del INS ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)) en la opción contáctenos correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com), o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

|                                  |                                         |                                 |                                                                                                                                     |  |
|----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                  |                                         |                                 | INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS                                                                                                       |  |
| NOMBRE DEL ASEGURADO             | CEDULA DEL ASEGURADO                    | FIRMA DEL ASEGURADO             | <br><b>Guillermo Vargas Roldán</b><br>SUBGERENTE |  |
| RAZÓN SOCIAL DEL OPERADOR        | CEDULA JURÍDICA DEL OPERADOR            | NÚMERO DE REGISTRO DE OPERADOR  |                                                                                                                                     |  |
| NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | CÉDULA FÍSICA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | FIRMA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR | Sólo los seguros del INS tienen la garantía del estado                                                                              |  |