

Instituto Nacional de Seguros

Seguro Autoexpedible de Accidentes de Tránsito en Colones

Código de producto: P16-33-A01-043-VLRCS

Fecha de registro VLRCS: 02-abr-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-01142-2012

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 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. Accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo: Es la acción dañosa cometida por los conductores de los vehículos, sus pasajeros o los peatones, al transitar por las vías terrestres, aéreas, ferroviarias o marítimas que estén al servicio y al uso del público en general.

3. 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.



4. **Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.
5. **Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
6. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización
7. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
8. **Operador de Seguro Autoexpedible:** Son Operadores de Seguro Autoexpedibles también llamados Socios de Negocios 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.
9. **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.
10. **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.
11. **Prima:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.
12. **Prima no devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
13. **Renta hospitalaria Diaria:** Es la suma de dinero que el Asegurador se compromete a indemnizar al Asegurado o los beneficiarios de éste, por cada día que el Asegurado permanezca hospitalizado a consecuencia de un accidente.
14. **Tomador del seguro:** Sinónimo de Asegurado.

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

El Asegurado elegirá la suma asegurada para la cobertura básica entre las opciones que para tal efecto señalan en la Oferta de Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de aseguramiento.

En ningún caso la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, podrá exceder los veinticinco millones de



colones costarricenses
(¢25.000.000.00).

Para ello el Instituto cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definidos por el Instituto. Si eventualmente se emitiera la póliza, el Instituto tendrá la obligación de informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de quince (15) días naturales.

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

1. Cobertura Básica

- a. **Muerte Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada establecida en la Oferta de Seguro si durante la vigencia de la póliza el Asegurado muere a consecuencia de un accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo en las condiciones

indicadas en esta póliza, siempre que la muerte ocurra de forma inmediata o dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente.

2. Coberturas adicionales

- a. **Cobertura de renta hospitalaria diaria por accidente:** El Instituto pagará la renta establecida en la Oferta de Seguro si a consecuencia de un accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo y en las condiciones cubiertas, el Asegurado es internado en un hospital o clínica, excepto en la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta cobertura opera por un mínimo de 1 día de hospitalización, máximo 45 días por evento y un máximo general de 90 días por póliza.
- b. **Cobertura de renta hospitalaria diaria en la Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:** El Instituto pagará el doble del monto de la renta diaria establecida por hospitalización en la Oferta de Seguro si a consecuencia de un accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo y en las condiciones cubiertas, el Asegurado es internado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital o clínica. Esta cobertura opera por un mínimo



de 1 día de hospitalización, máximo 45 días por evento y un máximo general de 90 días por póliza.

Las coberturas de renta son excluyentes entre sí en cuanto al monto diario. Los días son acumulativos; es decir, que el número máximo de días a indemnizar es de 90 días acumulando los días consumidos en ambas coberturas.

Igualmente estas coberturas son independientes de la cobertura de muerte.

Las rentas operan si la hospitalización sucede dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

CLÁUSULA VII. ASEGURADO

Esta póliza cubre los accidentes que pudieran ocurrirle al Asegurado en condición de:

- a. Peatón.
- b. Conductor de un vehículo que no preste servicio de transporte público.
- c. Pasajero de un vehículo de transporte público o privado, incluidos los ferrocarriles.
- d. Pasajero de un avión comercial sujeto a itinerarios

fijos y que estén autorizados para tales efectos.

- e. Pasajero de embarcaciones comerciales sujetas a itinerarios fijos y que estén autorizadas para tales efectos.

CLAUSULA VIII. 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, siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

CLAUSULA IX. 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.

Si el Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de seguros autorizado emitiera pólizas para personas fuera de los límites de edad establecidos o que no



reúnan alguna de las otras condiciones estipuladas en esta cláusula, el Instituto estará obligado solamente a devolver las primas que por ellos hubiere recibido. Dicho reintegro se hará al Asegurado en un plazo no mayor de quince (15) días naturales.

CLÁUSULA X. 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 (los) Beneficiario (s) mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que el Instituto suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención. La aceptación de dicho cambio quedará sujeta a que se demuestre la dependencia económica y/o de afinidad con el Asegurado.

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

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 XI. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA XII. 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 XIII. PERÍODO DE GRACIA

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

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

Forma de pago	Periodo de Gracia (días)
Mensual	60

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

CLÁUSULA XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

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

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

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Fax: 2221-2294

Correo Electrónico: contactenos@ins-cr.com

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

Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá presentar los

requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

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

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

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

- a. Carta del Asegurado o el (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y el (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los Beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberán



presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.

En adición a lo anterior, para las coberturas indicadas se deben presentar los siguientes documentos:

2. Para la cobertura de muerte accidental:

- a. Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción en la cual debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.
- b. Fotocopia completa de 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.
- c. En caso que el fallecimiento ocurra en el extranjero, deberá presentarse el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso y la fotocopia completa del expediente judicial, ambos debidamente consularizados.

3. Para la cobertura de renta hospitalaria diaria por accidente:

- a. Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el Asegurado hospitalizado debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica.

4. Para la Cobertura de renta hospitalaria diaria en la Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:

- a. Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el Asegurado hospitalizado debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica. Debe brindarse el detalle de las fechas que permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos.

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

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

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

CLÁUSULA XV. 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 XVI. EXCLUSIONES

1. *Para todas las coberturas*

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

- a. Causa de suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.
- b. Los accidentes que no correspondan a un accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo, tal y

como se define en esta póliza.

- c. El accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo ocurrido previo a la emisión de esta póliza.
- d. El accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo que pudiera ocurrirle al Asegurado, cuando éste no cumpla con las condiciones estipuladas en la Cláusula de Asegurado.
- e. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o los actos atribuibles a dichos eventos.
- f. La participación en motines, riñas o huelgas.
- g. La enfermedad física o mental.
- h. 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.
- i. La comisión o tentativa de delito doloso.
- j. La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga



o sedativo, asfixia por inhalación de gases.

- k. La participación como piloto o pasajero en 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.

- l. 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 renta hospitalaria diaria por accidente:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá:

- a. Si se está reconociendo indemnización al amparo de la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3. Para la Cobertura de renta hospitalaria diaria en la Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá:

- a. Si se está reconociendo indemnización al amparo de la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

CLAUSULA XVII. 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.
5. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.



6. Fallezca el Asegurado.**CLÁUSULA XVIII. 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 o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, por el asegurador o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato.

Si la falsedad o inexactitud proviene del asegurado o de quien lo represente el asegurador tiene derecho a retener las primas pagadas; si proviniera del asegurador o su representante, el asegurado podrá exigir la devolución de lo pagado por primas más un 10% en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el asegurado solo tendrá derecho a percibir las primas que haya pagado. El Instituto hará el reintegro en un plazo de 15 días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

Si 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 (los) Beneficiario (s) quedará (n) automáticamente obligado (s) a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los daños y perjuicios causados.

CLÁUSULA XIX. DECLINACIÓN Y REVISION DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al Asegurado o Beneficiario (s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Asegurado o 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 el intermediario de seguros autorizado.

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

CLAUSULA XX OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

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



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

CLAUSULA XXI. 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 XXII. 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 XXIII. 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 XXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

CLAUSULA XXV. 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 Alterna de Conflictos y promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

CLÁUSULA XXVI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", así mismo se compromete a realizar la



actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLÁUSULA XXVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLÁUSULA XXVIII. COMUNICACIONES

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

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

CLÁUSULA XXIX. 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 XXX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-33-A01-043 V02** de fecha 10 de marzo del 2011.



Oferta-Recibo de Seguro Autoexpedible de Accidentes de Tránsito en Colones



DATOS ASEGURADO	NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE:		NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA				
	OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES DEL INS		Póliza de Seguro No. _____				
	Vigencia Desde _____ Hasta _____						
	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombre Completo _____				
	Tipo de Identificación ☐ Persona Física ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso de Trabajo	Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Célibe					
	Nº de Identificación _____	Ocupación _____					
	Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____	Género ☐ Femenino ☐ Masculino	Nacionalidad _____				
	Provincia _____	Cantón _____	Distrito _____				
	Dirección Exacta _____						
	Calle _____ Avenida _____ Otras Señas _____						
Apartado Postal: _____ Fax: _____							
Teléfono Oficina: _____ Teléfono Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____							
Dirección Electrónica _____							
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado:						
	Correo Electrónico: _____ celular _____ fax _____						
OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO	Apartado o Dirección: _____, Recuerde mantener actualizados sus datos.						
	Suma asegurada que deseo contratar en Colones Costarricenses						
	Marque con X la opción a elegir	Cobertura Básica	Coberturas Adicionales				
		Muerte accidental	Renta Hospitalaria diaria	Renta Hospitalaria diaria en la Unidad de Cuidados Intensivos			
		Prima Mensual					
BENEFICIARIOS	No.	APELLIDOS	NOMBRE	CEDULA	PARENTESCO	PORCENTAJE PARTICIPACION	TELÉFONO DE CONTACTO
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.							
AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO							
El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios (Marque con "x" según el medio de pago).							
☐ Cuenta de Ahorros	☐ Cuenta Corriente	☐ Efectivo	☐ Planillas	Otros Servicios	☐ Agua	☐ Luz	☐ Teléfono
					☐ Cable	☐ Tarjeta Débito	☐ Tarjeta Crédito
Nombre _____		Tipo de tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard					
Número de tarjeta o cuenta _____		Fecha de vencimiento: _____					
Moneda: Colones ☐		Forma de pago de la prima del Seguro: ☐ Mensual					
Número de Póliza _____	Monto a cargar: _____		El cargo será a partir de: _____				
Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.							
La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.							
Por la presente declaro que toda 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). 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 8853, bajo el registro número P16-33-A01-043 de fecha 10 de marzo de 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/ OPERADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS AUTORIZADO/ASEGURADORA							
Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos, correo electrónico contáctenos @ins-cr.com, o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).							
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____		CÉDULA DEL ASEGURADO: _____		FIRMA DEL ASEGURADO: _____		INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS	
RAZÓN SOCIAL DEL OPERADOR: _____		CÉDULA JURÍDICA DEL OPERADOR: _____		NÚMERO DE REGISTRO DE OPERADOR: _____		Guillermo Vargas Rodón SUBGERENTE	
NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR: _____		CÉDULA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR: _____		FIRMA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR: _____			