

Instituto Nacional de Seguros

**SEGURO AUTOEXPEDIBLE
DE PROTECCIÓN MÚLTIPLE
EN DÓLARES**

Versión 2

Código de producto: P16-33-A01-066-V2

Fecha de registro V2: 28-ene-2011

Oficio de solicitud de registro V2: G-06285-2010

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. 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 que está cubierta por esta póliza, debidamente registrada en la misma.
3. **Beneficiario (s):** Persona (s) designada (s) por el Asegurado a quienes se les reconoce el derecho de percibir el total o la proporción de la indemnización derivada en esta póliza, tal y como se indica en la Oferta de Seguro.
4. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización
5. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
6. **Incapacidad Total y Permanente, a causa de accidente:** Se entiende

como incapacidad total y permanente la que cumpla con las siguientes condiciones:

- a. Se produzca como consecuencia de un accidente o enfermedad originada después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
- b. Que el Asegurado sea declarado inválido por la entidad médica oficial debidamente autorizada, es decir, que por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiera el sesenta y siete (67) % o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.

No obstante lo anterior, el Instituto reconocerá como incapacidad total y permanente los siguientes casos:

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

7. **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.

8. 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.

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

10. Prima no devengada: Porción de prima pagada correspondiente al periodo de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

11. 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.

CLÁUSULA III. 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 cincuenta mil dólares (US\$50.000,00).

Para ello el Instituto cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de

las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definido 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 IV. 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 en las condiciones indicadas en ésta 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. Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente (BI-1): Esta cobertura indemniza el monto suscrito, en caso de que el Asegurado sea incapacitado total y permanentemente, como



consecuencia de un accidente en las condiciones cubiertas, originado durante la vigencia de la póliza. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

b. Cobertura de renta hospitalaria diaria por accidente: El Instituto pagará la renta establecida en la Oferta de Seguro si a consecuencia de un accidente 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.

c. Cobertura de renta hospitalaria diaria en 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 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 V. 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.

CLÁUSULA VI. 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 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 VII. 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 VIII. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA IX. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION

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

En caso de que el Asegurado desee cancelar esta póliza, deberá comunicarlo por escrito ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado o en cualquier Sede del Instituto, durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión del seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. En este caso se le devolverá el 100% de las primas que haya pagado.

Si la cancelación se produce posterior a dicho período 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 X. 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 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 XI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado 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.

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 demostrar la ocurrencia del



evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

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 Asegurado o al (los) Beneficiario (s) según corresponda y al Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado.

Una vez el Instituto haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado o en su defecto a los que fueren declarados herederos legítimos en un plazo no mayor de 30 días naturales.

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 (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los

Beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.

- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico

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

2. Para la Cobertura de Muerte Accidental

- a. Certificación 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 Incapacidad Total y Permanente a causa de Accidente



- a. Declaratoria oficial de incapacidad permanente, expedida por la Caja Costarricense del Seguro Social, Poder Judicial o en su defecto por el Instituto Nacional de Seguros en los casos relacionados con los Regímenes del Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles y aquellos casos residuales que no son atendidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Poder Judicial, donde indique el diagnóstico, la fecha exacta de la incapacidad y que la misma se otorga **NO SUJETA A REVISIÓN.**

4. Para la Cobertura 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.

5. Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria en 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.

CLÁUSULA XII. EXCLUSIONES

1. Para todas las coberturas:

Las indemnizaciones no se concederán si la muerte 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. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o los actos atribuibles a dichos eventos.
- c. La participación en motines, riñas o huelgas.
- d. La enfermedad física o mental.
- e. La comisión o tentativa de delito doloso.
- f. La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases.
- g. 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.

- 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. 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 Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente, no se reconocerá esta cobertura si:*
- a. La fecha de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente es anterior a la emisión de la póliza; o bien, que al momento de producirse el aseguramiento el Asegurado se encuentre tramitando algún tipo de invalidez.
- b. La declaratoria de incapacidad es otorgada

posterior a los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

- c. La Incapacidad Total y Permanente cesa o el Asegurado fallece, antes de recibir las pruebas satisfactorias de la incapacidad.

3. *Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria por Accidente*

La indemnización al amparo de este beneficio no se concederá:

- a. Si se está reconociendo indemnización al amparo de la *Renta Hospitalaria Diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por accidente*

4. *Para la Cobertura Renta Hospitalaria Diaria en Unidad de Cuidados Intensivos por accidente:*

La indemnización al amparo de este beneficio no se concederá:

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

CLÁUSULA XIII. 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. Se otorgue al Asegurado la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente.
5. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza.
6. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
7. Fallezca el Asegurado.

CLÁUSULA XIV. 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 XV. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

2. Revisión: El Asegurado o el (los) Beneficiario (s) puede (n) solicitar una revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto o ante el Operador de Seguro Autoexpedible y/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 y/o Intermediario de Seguros Autorizado, remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días luego de recibida.



CLAUSULA XVI. 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.

CLÁUSULA XVII. REPOSICIÓN DE 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 XVIII. 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 XIX. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta póliza aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del

2008, Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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.

CLAUSULA XXI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLAUSULA XXII. 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 XXIII. 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-A01-066** de fecha 16 de diciembre del 2009.

