

Instituto Nacional de Seguros

**SEGURO AUTOEXPEDIBLE
DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN
EN COLONES**

Versión 2

Código de producto: P16-35-A01-063-V2

Fecha de registro V2: 15-mar-11

Oficio de solicitud de registro V2: G-01001-2010

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA I. BASES DE LA POLIZA

Constituyen esta póliza y por ende es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones: la Oferta de Seguros y las Condiciones Generales.

CLAUSULA 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 simultáneamente por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten las condiciones citadas anteriormente, no se encuentran amparados bajo este contrato.
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 quien(es) se le(s) 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 Seguros.

4. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.

5. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.

6. **Hospital o Clínica:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

7. **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 cubierto, originado después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
- b. Que el Asegurado a causa de un accidente cubierto, 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 a causa de un accidente cubierto, los siguientes casos:



- a. La pérdida completa e irrecobrable de la vista de ambos ojos.
- b. La pérdida total y permanente, por amputación de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.

8. Operador de Seguro Autoexpedible:

Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se compromete 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.

CLÁUSULA III. SUMA ASEGURADA

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

En ningún caso, la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado, podrá exceder el límite máximo por Cobertura Básica contratada con el Instituto, de 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 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 las Coberturas básicas y las adicionales, por lo que las coberturas adicionales no se pueden contratar por separado.

1. Coberturas Básicas

a) **Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.** El Instituto pagará la renta diaria establecida en la Oferta de Seguro si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza en las condiciones cubiertas, el Asegurado es hospitalizado en un hospital o clínica, excepto en la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta cobertura opera por los días completos que el Asegurado permanezca internado, con un mínimo de 1 día de hospitalización, máximo 45 días por evento y un máximo general de 90 días de hospitalización por póliza.

b) **Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.** El Instituto pagará la renta diaria en

UCI establecida en la Oferta de Seguro, si a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza en las condiciones cubiertas, el Asegurado es internado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital o clínica. Esta cobertura opera por los días completos que el Asegurado permanezca internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, con un mínimo de 1 día de hospitalización, máximo 45 días por evento y un máximo general de 90 días de hospitalización por póliza.

Las coberturas de renta son excluyentes entre sí, en cuanto al monto diario a reconocer. La contabilización de días de hospitalización durante la vigencia de la póliza es acumulativa, es decir que, el número máximo de días a indemnizar es de 90 días, acumulando los días consumidos entre ambas coberturas, independientemente del número de eventos cubiertos que ocurran durante el período de vigencia de esta póliza.

Igualmente las coberturas de renta, operan de manera independiente respecto a las coberturas adicionales de Muerte Accidental o Incapacidad Total y Permanente a Causa de Accidente.



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

2. Coberturas Adicionales

Estas coberturas adicionales son excluyentes entre sí, es decir que, cuando se reconoce indemnización por una de ellas, la otra cobertura se extingue automáticamente.

a) Cobertura por Muerte Accidental. El Instituto pagará la suma asegurada si durante la vigencia de la póliza el Asegurado muere por causa accidental cubierta, o bien, en caso de que la muerte suceda durante el período amparado de hospitalización del Asegurado, a causa de un accidente cubierto por esta póliza.

b) Cobertura por 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. El pago de indemnización por esta cobertura, excluye la cobertura por muerte accidental, no así a las coberturas de renta, que seguirían vigentes hasta extinguirse las condiciones en que operan.

CLÁUSULA V. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

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

Entrará en vigor en la fecha indicada en la Oferta de Seguros, siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

CLAUSULA 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 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 al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

CLÁUSULA VIII. PRIMA DE LA POLIZA

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 cobren 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 (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguro Autoexpedible 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 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.

Una vez el Instituto haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada de inmediato 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 (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 identidad, por



ambos lados, para los beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte.

- c. Firmar el Formulario de Autorización para consulta de expediente médico.

En adición a lo anterior, para cada cobertura se deben presentar los siguientes documentos:

1. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:

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

2. Para la Cobertura Renta Diaria por Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

- 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.

3. 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 el 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.

4. Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Accidente

- a. Declaratoria oficial de incapacidad permanente, expedida por la Caja Costarricense de Seguro Social, Poder Judicial o en su defecto por el Instituto Nacional de Seguros en los casos relacionados con los Regímenes de Riesgos del 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 que la incapacidad se otorga **NO SUJETA A REVISION**, el diagnóstico y la fecha exacta de la incapacidad.

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 hospitalización, muerte o incapacidad total y permanente del Asegurado se debe a:

- a. Causa de suicidio y/o secuelas de intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.
- b. Causas no accidentales.
- c. Accidentes o secuelas de accidentes ocurridos previo a la emisión de esta póliza.

d. Accidentes que pudieran ocurrirle al Asegurado, cuando éste no cumpla con las condiciones estipuladas en esta póliza.

e. Participación en insurrección, guerra, terrorismo o actos atribuibles a dichos eventos.

f. Participación en motines, riñas o huelgas.

g. Enfermedad física o mental.

h. Comisión o tentativa de delito doloso.

i. 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.

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.

1. 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 Diaria por Hospitalización*

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si:

- a. 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 Diaria por Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos por accidente*

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si:

- a. Se está reconociendo indemnización al amparo de la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.
4. *Para la Cobertura de Muerte Accidental*

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si:

- a. Se reconoce indemnización al amparo de la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente por Accidente.
5. *Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente*

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá 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.



CLAUSULA XIII. FINALIZACION 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 Período 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 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 la revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto o ante el Operador de Seguro Autoexpedible.

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

CLAUSULA XVI. OMISION 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 la Cláusula de Pago de Primas y Procedimiento de Devolución. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

CLAUSULA XVII. REPOSICION DE LA POLIZA

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. 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 XIX. 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 XX. 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, Código de Comercio y Código Civil.



CLÁUSULA XXI. 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 XXII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLÁUSULA XXIII. 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 Operador de Seguro Autoexpedible o al Intermediario de Seguros Autorizado, cualquier cambio de dirección, de lo contrario se tendrá como correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionado por el Asegurado.

CLAUSULA XXIV. 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 **P16-35-A01-063** de fecha 16 de diciembre del 2009.

