

Instituto Nacional de Seguros

Seguro Autoexpedible de Renta por Hospitalización en Dólares

**Código de producto: P16-35-A01-064
(VLRCS)**

Fecha de registro VLRCS: 13-mar-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-01213-2012

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.

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.

CLAUSULA III. 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 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. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.

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

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

8. **Incapacidad Total y Permanente, a causa de accidente:** Se entiende como incapacidad total y permanente la que cumpla con las siguientes condiciones:



SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

- 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 irrecorable 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

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

13. Prima No Devengada: Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

14. Tomador del seguro: Sinónimo de Asegurado.

CLÁUSULA IV. 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.

CLÁUSULA V. OTROS SEGUROS

Si varias pólizas de este Seguro, expedidas por el Instituto al Asegurado, estuvieran en vigor simultáneamente en el momento de la ocurrencia del evento amparado por la póliza, operará únicamente la de mayor monto asegurado. Si las pólizas tienen el mismo monto asegurado, operará solamente una póliza y todas las primas pagadas por la (s) otra (s) póliza (s) será (n) devuelta (s) al Asegurado, excepto en el caso en que la póliza haya presentado reclamos, en cuyo caso la prima se dará por totalmente devengada.

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte, en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

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 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





SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

CLÁUSULA VII. 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 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.

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 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



SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

sinistro 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 X. PRIMA DE LA POLIZA

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



SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

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.

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 XIII 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 XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado, 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.

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



SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

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

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



SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

- 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.

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

- a. Causas no accidentales.
- b. Accidentes o secuelas de accidentes ocurridos previo a la emisión de esta póliza.
- c. Accidentes que pudieran ocurrirle al Asegurado, cuando éste no cumpla con las condiciones estipuladas en esta póliza.
- d. Participación en insurrección, guerra, terrorismo o actos atribuibles a dichos eventos.
- e. Participación en motines, riñas o huelgas.
- f. Enfermedad física o mental.
- g. Comisión o tentativa de delito doloso.
- 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 ingesta voluntaria y consciente de: veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases.
- j. 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.
- k. 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





SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

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 XVII. 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 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 proviniere 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 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 XX. 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

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 XXI. 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 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. 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 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 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 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.



SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR HOSPITALIZACION EN DOLARES

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 XXVII 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 XXVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLAÚSULA XXIX. 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 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 **P16-35-A01-064 V02** de fecha 15 de marzo del 2011.

Oferta-Recibo de Seguro Autoexpedible Renta por Hospitalización en Dólares



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			
	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 _____						
	Apartado o Dirección: _____ Recuerde mantener actualizados sus datos.						
OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO	Suma asegurada que deseo contratar en \$ Dólares.						
	Marque con X la opción a elegir Plan 1 ☐ Plan 2 ☐	Coberturas Básicas		Coberturas Adicionales (Son excluyentes entre sí)	Primas		
		Renta diaria por Hospitalización	Renta diaria por Hospitalización en Unidad Cuidados Intensivos	Muerte Accidental	Incapacidad Total y Permanente	Mensual	
		\$150.00	\$300.00	\$10.000.00	\$10.000.00	\$ 5,18	
		\$250.00	\$500.00	\$20.000.00	\$20.000.00	\$ 9,12	
BENEFICIARIOS	DETALLE DE 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 AUTOMATICO							
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 de débito ☐ Tarjeta de Crédito							
Nombre:		Tipo de tarjeta: ☐ Visa ☐ MasterCard					
Número de cuenta o tarjeta:		Fecha de vencimiento (tarjeta):					
Moneda: Dólares ☐		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 de crédito. En caso de que el pago no se dé 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 . Convento 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 la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16 -35-A01-064 de fecha 15 de marzo del 2011.							
OBSERVACIONES DEL ASEGURADO/ OPERADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS AUTORIZADO/ ASEGURADORA.							
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.							
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) en la opción contáctenos correo electrónico contactenos@ins-cr.com , o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).							
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS							
NOMBRE DEL ASEGURADO		CÉDULA DEL ASEGURADO		FIRMA DEL ASEGURADO			

RAZÓN SOCIAL DEL OPERADOR

CEDULA JURÍDICA DEL OPERADOR

NÚMERO DE REGISTRO DE OPERADOR

Guillermo Vargas Roldán
SUBGERENTE

NOMBRE DEL VENDEDOR DEL OPERADOR

CEDULA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR

FIRMA DEL VENDEDOR DEL OPERADOR

Sólo los Seguros del INS tienen garantía del Estado.