

# ***Instituto Nacional de Seguros***

## **Seguro Autoexpedible de Enfermedades Graves**

### **Colones**

**Código de producto: P16-35-A01-097**  
**Versión 3**

**Fecha de registro V3: 24-ene-12**

**Oficio de solicitud de registro V3: G-05499-2011**

**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 cerebrovascular (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal y embolia de fuente extracraneal.
2. **Asegurados Dependientes:** Se consideran como tales:
  - a. El Cónyuge (o persona conviviente, según la definición del Código de Familia vigente) del Asegurado Titular.
  - b. Los hijos del Asegurado y su cónyuge o conviviente. Asimismo podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.
3. **Asegurado Titular:** Es la persona que suscribe el seguro a su nombre y realiza el pago de las primas correspondientes.
4. **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.

5. **Cáncer:** Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia. Debe existir toda la evidencia médica que documente sustancialmente el diagnóstico de cáncer.
6. **Conviviente:** Persona del sexo opuesto al Asegurado Directo con quien éste o ésta cohabita, sin que los una relación matrimonial alguna, con una convivencia de al menos tres años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
7. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización
8. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
9. **Enfermedad grave.** Se entiende como tal, aquel diagnóstico realizado por un médico especialista acreditado legalmente para el ejercicio de su profesión, que indique con certeza médica que el asegurado padece una enfermedad grave. Para efectos de este contrato, enfermedades graves son:
  - a. Cáncer
  - b. Accidente Cerebro Vascular



- c. Insuficiencia renal
  - d. Infarto miocardio
10. **Hospital o Clínica:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.
11. **Infarto agudo del miocardio:** Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios:
- a. Cambios agudos en el electrocardiograma
  - b. Elevación de las enzimas cardíacas
12. **Insuficiencia Renal:** Definida como la insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.
13. **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.
14. **Período de Carencia:** Período de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las coberturas previstas.
15. **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.
16. **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.
17. **Prima:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.
18. **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 estarán sujetas a las condiciones vigentes de aseguramiento.

En caso de que el Asegurado adquiera más de una póliza en modalidad autoexpedible, la sumatoria de los montos asegurados de las coberturas



básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado Titular o sus dependientes, no 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 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.

Cada uno de los asegurados bajo esta póliza, gozarán de manera independiente de las mismas coberturas y montos asegurados.

#### **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. Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave:** El Instituto indemnizará la suma asegurada si el Asegurado es diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la póliza con alguna de las siguientes enfermedades graves:

- **Cáncer**
- **Accidente Cerebro Vascular**
- **Insuficiencia renal**
- **Infarto al miocardio**

##### **2. Coberturas Adicionales**

**1. Renta Diaria por Hospitalización:** El Instituto pagará la renta diaria asegurada si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el asegurado es internado en un centro médico autorizado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, y mientras permanezca hospitalizado, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado. 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.

**2. Cobertura de Muerte:** El Instituto pagará la suma asegurada si a consecuencia de la enfermedad grave cubierta en la cobertura básica y diagnosticada por primera vez durante la vigencia de la póliza, el asegurado fallece dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiere terminado.

**Estas coberturas operan siempre que la hospitalización o fallecimiento del Asegurado sea a causa de una enfermedad grave cubierta por esta póliza,**



**ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la fecha del primer diagnóstico por enfermedad grave cubierta por esta póliza, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.**

#### **CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS**

Esta póliza cubre al Asegurado Titular y a su cónyuge o conviviente, por el que se pague de previo la prima correspondiente, siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza.

Asimismo los hijos del Asegurado y/o de su cónyuge o conviviente, se podrán asegurar dentro del grupo familiar, siempre y cuando se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza, sean solteros y demuestren ser dependientes económicos del Asegurado Titular, cónyuge o conviviente.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a causa de un riesgo cubierto por esta póliza, pasará a ser Asegurado Titular, el cónyuge o su conviviente o en su defecto el hijo mayor entre los mayores de edad.

#### **CLÁUSULA VI. 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 VII. 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, para el Asegurado Titular y su cónyuge o conviviente.
2. Tener menos de veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días para los hijos dependientes.
3. 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 VIII. BENEFICIARIOS**

El Asegurado deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de adquirir la póliza, no obstante, en caso de que el Asegurado Titular fallezca durante la vigencia de la póliza, le corresponderá al nuevo Asegurado Titular designar el (los) beneficiario(s) en esta póliza.



En caso de que el grupo familiar esté integrado únicamente por menores de edad al momento de fallecer el Asegurado Titular, la póliza se mantendrá vigente y en las mismas condiciones designadas por el Asegurado Titular.

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 Beneficiario un menor 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 la póliza 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 IX. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

### **CLÁUSULA X. 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 XI. PERÍODO DE GRACIA**

El Instituto concederá al Asegurado un período de gracia de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de

intereses, para pagar la prima del mes.

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

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

Si durante el período de gracia 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 XII. PERÍODO DE CARENCIA**

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

### **CLÁUSULA XIII. 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 el 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 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 Seguros Autoexpedible o el 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 (los) Beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado, o en su defecto a los que fueren declarados herederos legítimos en un plazo no mayor a 30 días naturales.

**1. Para el trámite de reclamos, el Asegurado o (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 caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identificación 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 Indemnización por diagnóstico de enfermedad grave:**

Para que la solicitud de indemnización sea considerada como válida, se requiere: la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al asegurado, que deberá incluir:

- a.** estudios clínicos
- b.** estudios radiológicos
- c.** estudios histológicos, y/o de laboratorio.

**3. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:**

- 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 muerte**



- 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. 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.
- c. Si fallece el (la) cónyuge, debe presentar Certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil.
- d. Si fallece el (la) conviviente, se deberán presentar los documentos probatorios de la convivencia en caso de unión de hecho, según lo establecido para dicho particular en el Código de Familia.
- e. Si fallece alguno de los hijos asegurados como dependientes debe aportar Certificado de Nacimiento expedido por el Registro Civil.

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 XIV. EXCLUSIONES**

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

- a. Si la enfermedad grave que origina la reclamación se trata de una enfermedad pre-existente, tal y como se define en esta póliza.
- b. La enfermedad grave cubierta es diagnosticada durante el período de carencia.
- c. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- d. La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por una enfermedad grave cubierta por esta póliza.
- e. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en instituciones legalmente no establecidas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
- f. Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
- g. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una



persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.

carcinomas in situ, el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.

h. Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.

k. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.

i. El cáncer por expansión metastásica o recurrencia.

### **3. Para la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización:**

j. Se excluyen los siguientes tumores:

La indemnización al amparo de esta cobertura no se concederá si la hospitalización del Asegurado se debe a:

i. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.

a. Causa de suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.

ii. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.

b. El diagnóstico que no corresponda a las enfermedades graves cubiertas, según se define en esta póliza.

iii. Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.

c. Las agravaciones de las enfermedades graves cubiertas, resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.

iv. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.

d. Si la hospitalización se da luego de trescientos sesenta y cinco (365) días desde la fecha del diagnóstico objeto de cobertura.

v. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaNOM0 o con una clasificación menor.

### **4. Para la Cobertura de Muerte:**

vi. Tumores benignos, tumores encapsulados,

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



- a. **Es a causa distinta al diagnóstico de la enfermedad grave cubierta por esta póliza.**
- b. **Es a causa de suicidio y/o intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.**

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

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

1. Finalice la vigencia de la póliza.
2. Finaliza cuando se presente un siniestro amparado por la cobertura básica de Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave.
3. Solicitud expresa del Asegurado.
4. El Asegurado alcance la edad de los sesenta y cinco (65) años y los trescientos sesenta y cuatro (364) días.
5. Vencido el Período de Gracia de esta póliza.
6. El Instituto compruebe las declaraciones falsas o inexactas de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

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

## **CLÁUSULA XVII. 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 un 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.

#### **CLÁUSULA XVIII. 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 XIX. 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 XX. 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 XXI. 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 XXII. 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, Código de Comercio y el Código Civil.

#### **CLÁUSULA XXIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable,

Sólo los Seguros del INS tienen garantía del Estado.



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 XXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

#### **CLAUSULA XXV. 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 XXVI. 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 **P-16-35-A01-097** de fecha 07 de enero del 2010.



## Oferta-Recibo de Seguros Autoexpedibles en Colones



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| NOMBRE DEL OPERADOR DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE DE LA ENTIDAD ASEGURADORA |  |
| OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES DEL IHS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Póliza de Seguro No.             |  |
| Vigencia Desde Hasta<br>Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Completo<br>Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo<br>N° de identificación Estado <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)<br>Fecha de nacimiento Día Mes Año Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Nacionalidad <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)<br>Provincia Cantón Distrito<br>Dirección Exacta Calle Avenida Otras Señas Apartado Postal<br>Teléfono Oficina Teléfono Domicilio Teléfono Celular Fax<br>Dirección Electrónica |  |                                  |  |

| DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES SOLO APLICA PARA EL SEGURO FUNERARIO, SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES Y SEGURO ONCOLÓGICO |           |        |        |            |                          |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|--------|------------|--------------------------|----------------------|
| N°                                                                                                                         | APELLIDOS | NOMBRE | CÉDULA | PARENTESCO | PORCENTAJE PARTICIPACIÓN | TELÉFONO DE CONTACTO |
| 1                                                                                                                          |           |        |        |            |                          |                      |
| 2                                                                                                                          |           |        |        |            |                          |                      |
| 3                                                                                                                          |           |        |        |            |                          |                      |
| 4                                                                                                                          |           |        |        |            |                          |                      |
| 5                                                                                                                          |           |        |        |            |                          |                      |

Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no hemos sido diagnosticados de las siguientes enfermedades:

- 1.- Cáncer o tumor maligno
- 2.- Accidente vascular cerebral
- 3.- Infarto del miocardio
- 4.- Insuficiencia renal crónica

En caso de que se presente un siniestro por esta póliza, a consecuencia de las enfermedades anteriores, autorizo al Instituto a realizar la revisión de expedientes clínicos y la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso el contrato será nulo.

**DEFINICIÓN:**  
Preexistencia: Se considera pre-existente cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.

Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Enfermedades Graves (P16-35-A01-097)

| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica                                            | Coberturas Adicionales | N° Asegurados                    | Prima Mensual Individual | Prima Mensual Grupo Familiar |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
|                                          | Indemnización por el primer diagnóstico de enfermedad grave | Muerte                 | Renta Diaria por Hospitalización |                          |                              |
|                                          | \$2.500.000                                                 | \$875.000              | \$50.000                         | \$2.061                  |                              |
|                                          | \$5.000.000                                                 | \$1.750.000            | \$50.000                         | \$3.648                  |                              |
|                                          | \$10.000.000                                                | \$3.500.000            | \$50.000                         | \$6.623                  |                              |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro SI ☐ NO ☐

Las condiciones de este seguro son independientes a los seguros indicados en esta Oferta de Seguros.

Declaro que tanto mi persona como los asegurados dependientes no padecemos ni hemos padecido de cáncer o tumor maligno y que no estamos siendo estudiados ni esperando resultados por la enfermedad mencionadas

En caso de que se presente un siniestro por esta póliza, a consecuencia de las enfermedades anteriores, autorizo al Instituto a realizar la revisión de expedientes clínicos y la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso el contrato será nulo.

**DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA:** Se considera pre-existente cualquier enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.

Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Oncológico P16-35-A01-130

| Marque con una "X" la opción a contratar | Cobertura Básica                        | Coberturas Adicionales                                      | N° Asegurados                      | Prima Mensual Individual  | Prima Mensual Grupo Familiar |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
|                                          | Indemnización por Diagnóstico de Cáncer | Indemnización Adicional por Diagnóstico de Cáncer de Género | Indemnización Adicional por Muerte | Renta por Hospitalización |                              |
|                                          | \$2.500.000                             | \$625.000                                                   | \$750.000                          | \$50.000                  | \$1.337                      |
|                                          | \$5.000.000                             | \$1.250.000                                                 | \$1.500.000                        | \$50.000                  | \$2.295                      |
|                                          | \$10.000.000                            | \$2.500.000                                                 | \$3.000.000                        | \$50.000                  | \$4.214                      |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro SI ☐ NO ☐

Las condiciones de este seguro son independientes a los seguros indicados en esta Oferta de Seguros.

Declaro no padecer o haber padecido las siguientes enfermedades: 1- Enfermedades del corazón por presión alta. 2-Infarto del Miocardio. 3- Derrame Cerebral. 4- Diabetes Mellitus. 5-Tumores malignos o cáncer. 6-SIDA. 7-Infecciones por el virus VIH (SIDA). 8- Bronquitis crónica enfisema. 9-Insuficiencia Renal. 10-Cirrosis Hepática.

Suma asegurada que deseo contratar en el Seguro Autoexpedible Vida Plus P14-23-A01-227

| COBERTURA BÁSICA          |                      | COBERTURAS ADICIONALES |                                                     |             |               |
|---------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Marque la opción a elegir | Muerte No Accidental | Muerte Accidental      | Incapacidad total y permanente a causa de accidente | Funerario   | Prima Mensual |
|                           | \$5.000.000          | \$10.000.000           | \$5.000.000                                         | \$50.000    | \$4.367       |
|                           | \$10.000.000         | \$20.000.000           | \$10.000.000                                        | \$50.000    | \$8.259       |
|                           | \$15.000.000         | \$30.000.000           | \$15.000.000                                        | \$1.000.000 | \$12.222      |
|                           | \$20.000.000         | \$40.000.000           | \$20.000.000                                        | \$1.000.000 | \$16.093      |
|                           | \$25.000.000         | \$50.000.000           | \$25.000.000                                        | \$1.250.000 | \$20.117      |

Firma del Asegurado Acepto suscribir este seguro SI ☐ NO ☐

Las condiciones de este seguro son independientes a los seguros indicados en esta Oferta de Seguros.

Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Compra de Alimentos (P14-23-A01-061)

| PLAN A                               |                               |                                          |               |               |             | PLAN B                               |                               |                                            |               |               |             |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|---------------|---------------|-------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|---------------|---------------|-------------|
| Coberturas                           |                               |                                          |               |               |             | Coberturas                           |                               |                                            |               |               |             |
| Básica                               | Adicional                     |                                          |               |               |             | Básica                               | Adicional                     |                                            |               |               |             |
| Marque con "X" la opción a contratar | Cantidad de años a indemnizar | Muerte Accidental y Muerte No Accidental | Renta Mensual | Prima Mensual | Prima Total | Marque con "X" la opción a contratar | Cantidad de años a indemnizar | Muerte Accidental o Incapacidad Permanente | Renta Mensual | Prima Mensual | Prima Total |
|                                      | 3 años                        | \$500.000                                | \$50.000      | \$2.057       | \$23.073    |                                      | 3 años                        | \$500.000                                  | \$50.000      | \$751         | \$6.418     |
|                                      | 5 años                        | \$1.000.000                              | \$100.000     | \$4.113       | \$46.146    |                                      | 3 años                        | \$1.000.000                                | \$100.000     | \$1.501       | \$16.538    |
|                                      | 3 años                        | \$2.000.000                              | \$200.000     | \$8.229       | \$92.293    |                                      | 3 años                        | \$2.000.000                                | \$200.000     | \$3.003       | \$33.676    |

|                         |                                                                                                                                             |             |           |                                                                                      |           |  |        |                                                                                                      |           |         |          |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----------|
| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO | 5 años                                                                                                                                      | \$500.000   | \$100.000 | \$5.154                                                                              | \$57.805  |  | 5 años | \$500.000                                                                                            | \$100.000 | \$1.754 | \$19.876 |
|                         | 10 años                                                                                                                                     | \$1.000.000 | \$150.000 | \$7.938                                                                              | \$88.399  |  | 5 años | \$1.000.000                                                                                          | \$150.000 | \$2.981 | \$30.072 |
|                         | 15 años                                                                                                                                     | \$2.000.000 | \$250.000 | \$13.499                                                                             | \$151.369 |  | 5 años | \$2.000.000                                                                                          | \$250.000 | \$4.535 | \$50.864 |
|                         | El Asegurado podrá optar por un descuento del 6,54% por el pago adelantado del total de la prima de este seguro cuya vigencia es de un año. |             |           |                                                                                      |           |  |        |                                                                                                      |           |         |          |
| Firma del Asegurado     |                                                                                                                                             |             |           | Acepto suscribir este seguro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |           |  |        | Las condiciones de este seguro son independientes a los seguros indicados en esta Oferta de Seguros. |           |         |          |

|                                                                |                                                                             |                                |                             |                                                                                      |       |                                                                                                      |                              |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO: SEGURO FUNERARIO (P16-37-A01-045-V02) | Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Funerario (P16-37-A01-045-V02) |                                |                             |                                                                                      |       |                                                                                                      |                              |
|                                                                | Marque con X la opción a elegir                                             | COBERTURAS BÁSICAS             |                             | OPCIÓN ASEGURAMIENTO FAMILIAR                                                        |       | PRIMAS                                                                                               |                              |
|                                                                |                                                                             | Funerario Muerte No Accidental | Funerario Muerte Accidental | N° de Asegurados                                                                     |       | Prima Mensual Individual                                                                             | Prima Mensual Grupo Familiar |
|                                                                |                                                                             | _____                          | _____                       | _____                                                                                |       | \$573                                                                                                | _____                        |
|                                                                |                                                                             | _____                          | _____                       | _____                                                                                |       | \$660                                                                                                | _____                        |
| _____                                                          | _____                                                                       | _____                          |                             | \$1.720                                                                              | _____ |                                                                                                      |                              |
| Firma del Asegurado                                            |                                                                             |                                |                             | Acepto suscribir este seguro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |       | Las condiciones de este seguro son independientes a los seguros indicados en esta Oferta de Seguros. |                              |

|                                                                               |                                                                                            |                   |                                                |                                                                                      |                       |           |                           |                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO: SEGURO COMPRENSIVO DE ACCIDENTES (P16-33-A01-036-V3) | Suma asegurada que deseo contratar en Seguro Comprensivo de Accidentes (P16-33-A01-036-V3) |                   |                                                |                                                                                      |                       |           |                           |                                                                                                      |  |
|                                                                               | Marque con X la opción a contratar                                                         | Cobertura Básica  | Coberturas Adicionales                         |                                                                                      |                       |           |                           |                                                                                                      |  |
|                                                                               |                                                                                            | Muerte Accidental | Indemnización por Muerte Accidental a causa de | PAR                                                                                  | Beneficio Educacional | Funeraria | Desamparo Súbito Familiar | Prima Mensual                                                                                        |  |
|                                                                               |                                                                                            | _____             | _____                                          | _____                                                                                | _____                 | _____     | _____                     | _____                                                                                                |  |
|                                                                               |                                                                                            | _____             | _____                                          | _____                                                                                | _____                 | _____     | _____                     | _____                                                                                                |  |
| _____                                                                         | _____                                                                                      | _____             | _____                                          | _____                                                                                | _____                 | _____     |                           |                                                                                                      |  |
| Firma del Asegurado                                                           |                                                                                            |                   |                                                | Acepto suscribir este seguro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                       |           |                           | Las condiciones de este seguro son independientes a los seguros indicados en esta Oferta de Seguros. |  |

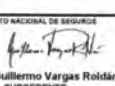
  

| BENEFICIARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DETALLE DE BENEFICIARIOS |           |        |                                                |          |            |                          |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------|------------------------------------------------|----------|------------|--------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N°                       | APELLIDOS | NOMBRE | N° DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (si la hubiera) | RELACION | PARENTESCO | PORCENTAJE PARTICIPACIÓN | TELÉFONO DE CONTACTO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1                        |           |        |                                                |          |            |                          |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2                        |           |        |                                                |          |            |                          |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3                        |           |        |                                                |          |            |                          |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4                        |           |        |                                                |          |            |                          |                      |
| <p>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.</p> |                          |           |        |                                                |          |            |                          |                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente | <input type="checkbox"/> Efectivo                       | <input type="checkbox"/> Planillas | <input type="checkbox"/> Otros Servicios | <input type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Luz     | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Cable | <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                                         |                                    | Tipo de tarjeta:                         |                               | Visa                             |                                   | MasterCard                     |                                         | <input type="checkbox"/>                    |
| Número de tarjeta o cuenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                                         |                                    | Fecha de vencimiento:                    |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| Moneda: <input type="checkbox"/> Colones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                           | Forma de pago de la (s) prima (s) del (los) Seguro (s): |                                    |                                          |                               | <input type="checkbox"/> Mensual |                                   |                                |                                         |                                             |
| Número de Póliza (s)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                           | Monto a cargar:                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   | El cargo será a partir de:     |                                         |                                             |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <p>Por la presente declaro que toda la 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 <a href="http://www.ins-cr.com">www.ins-cr.com</a>. Conviene 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 _____</p> |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <p>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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <p>La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: Enfermedades Graves Colones: el registro número P-16-35-A01-007 de fecha 04 de febrero del 2011. Funerario Colones: registro número P16-37-A01-045 de fecha 23 de diciembre del 2010. Compra de Alimentos: registro número P14-23-A01-061 de fecha 23 de diciembre 2009 Oncológico Colones: el registro número P-16-35-A01-130 de fecha 06 de febrero del 2011. Vida Plus Colones: registro P-14-23-A01-227 de fecha 10 de febrero del 2011. Comprensivo de Accidentes en Colones: registro P-16-33-A01-036 de fecha 02 de febrero del 2011.</p>                                                                                                                                                                                    |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <p>Usted puede retractarse de la contratación realizada sin costo comunicándolo por escrito, a más tardar 5 días hábiles después de adquirir la póliza de seguro, en el establecimiento que adquirió el producto o mediante el siguiente contacto: Fax...Correo...dirección física...y horario de atención...</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |
| <p>Observaciones: Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS (<a href="http://www.ins-cr.com">www.ins-cr.com</a>) en la opción contáctenos o con su Agente de Seguros.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                         |                                    |                                          |                               |                                  |                                   |                                |                                         |                                             |

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