Instituto Nacional de Seguros

SEGURO AUTOEXPEDIBLE ONCOLÓGICO EN DÓLARES

Código de producto: P16-35-A01-131

Fecha de registro: 01 de febrero de 2010

Oficio de solicitud de registro: G-05723-2009

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del Asegurado: la Oferta del Seguro y las Condiciones Generales.

CLÁUSULA II. DEFINICIONES

1. **Accidente:** Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.

1. **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.

2. **Asegurado Titular:** Es la persona que suscribe el seguro a su nombre y realiza el pago de las primas correspondientes.

3. **Beneficiario (s):** Persona (s) designada (s) por el Asegurado a quienes se les reconoce el derecho de percibir el total o la proporción de la indemnización derivada en esta póliza, tal y como se indica en la Oferta de Seguro.

4. **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.

5. **Conviviente:** Persona del sexo opuesto con la que el asegurado convive en unión de hecho pública, notoria, única y estable, por más de tres años, con aptitud legal para contraer matrimonio.

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

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

8. **Hospital o Clínica:** Todo establecimiento médico

asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

9. **Muerte No Accidental:** Toda muerte que no sea a causa de un accidente.

10. **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.

11. **Período de Carencia:** Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, durante el cual el reclamo no procede.

12. **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.

13. **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.

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

15. **Prima no devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al periodo 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 cincuenta mil dólares (US$50.000,00).

Para ello el Instituto cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definido por el Instituto. Si eventualmente se emitiera la póliza, el Instituto tendrá la obligación de

informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de quince (15) días naturales.

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

A. COBERTURAS BÁSICAS:

1. Cobertura Básica

Cobertura por diagnóstico de Cáncer: El Instituto pagará al Asegurado la suma asegurada, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado es diagnosticado por primera vez de cáncer.

El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.

2. Coberturas Adicionales:

a. Indemnización adicional por diagnóstico de cáncer por género: El Instituto pagará al Asegurado una suma adicional del veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada para la cobertura básica de acuerdo a la opción contratada, en el caso de que el cáncer diagnosticado al Asegurado en la cobertura básica sea:

- En el caso de Mujeres:
  - Cáncer Vaginal,
  - Cáncer de Útero (incluye cáncer de cérvix)
  - Cáncer de Mama
  - Cáncer de Vulva
  - Cáncer de Ovario.

- En el caso de Hombres:
  - Cáncer de Próstata

b. Indemnización adicional por muerte: El Instituto pagará al (los) Beneficiario una suma adicional del treinta por ciento (30%) de la suma asegurada en la cobertura básica de acuerdo a la opción contratada, si el Asegurado fallece a causa del cáncer diagnosticado cubierto por esta póliza.

c. Renta diaria por hospitalización: El Instituto pagará al Asegurado la renta establecida en la Oferta de Seguro si a consecuencia del cáncer cubierto por esta póliza, el Asegurado es internado en

un hospital o clínica. Esta cobertura opera por un mínimo de un (1) día de hospitalización, máximo cuarenta y cinco (45) días por evento y un máximo general de noventa (90) días por póliza. La renta diaria por hospitalización se pagará por cada día que el Asegurado se encuentre hospitalizado.

Las coberturas de muerte y renta diaria por hospitalización, operan siempre que el fallecimiento del Asegurado o su hospitalización sea a causa del cáncer cubierto por esta póliza y ocurra 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 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 de un año.

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) y sesenta y cuatro (64) años de edad y trescientos sesenta y cuatro (364) días, para el Asegurado 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 la Oferta de Seguro.
4. Firmar el Formulario de Autorización para consulta de expediente médico.

5. Firmar la recepción de las Condiciones Generales.

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.

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.

El cambio de Beneficiario sólo se podrá realizar con consentimiento del Asegurado.

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

Esta póliza se basa en el pago mensual o total, en efectivo o con cargo automático en: cuenta de ahorros, tarjeta de crédito o débito, recibo por servicios (agua, luz, teléfono o cable).

El Asegurado podrá optar por un descuento del 4.762% por el pago adelantado del total de la prima de este seguro cuya vigencia es de un año.

Forma de pago	Descuento
Total	4.762%
Mensual	0

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros 15 días de la emisión, se le devolverá el 100% de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando en forma mensual, 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.

Si se realizó el pago total de la prima y el Asegurado solicita la cancelación del seguro dentro del periodo de cobertura de la póliza, se procederá a devolver el 78% de las primas no devengadas, deduciendo el 22% restante por concepto de gastos administrativos.

Cuando corresponda la devolución de primas, la misma se hará dentro de los 30 días naturales siguientes a la cancelación.

CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA

Para la forma de pago mensual 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 Gracias (días)
Total	0
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, hospitalizado muere por cáncer 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 Intermediario de seguro Autorizado, con el cual adquirió 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 Intermediario de Seguro 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 el (los) Beneficiario según corresponda y al Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado.

Una vez que el Instituto haya aceptado el reclamo, cualquier indemnización pagada al amparo de esta póliza, será girada de inmediato al Asegurado o el (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 el (los) Beneficiario (s)

deberá (n) presentar, independientemente de la cobertura a afectar, los siguientes documentos:

a. Carta del Asegurado o beneficiario (s) solicitando la indemnización.

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

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

1. ***Para la Cobertura de Diagnóstico de Cáncer***

   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 Indemnización Adicional por 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 de 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, debidamente consularizado y traducido.
   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.

4. ***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 en hospital ó clínica, debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica.

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

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 de esta póliza cuya vigencia es de un año.

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. Sí el cáncer que origina la reclamación se trata de una enfermedad pre-existente, tal y como se define en la Cláusula de Definiciones.

b. Sí el cáncer es diagnosticado durante el período de carencia.

c. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.

d. 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.

e. La cirugía estética, plástica o reconstructiva, aunque sea originada por un cáncer cubierto por esta póliza.

f. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en hospital o clínicas 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.

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

h. La expansión metastástica o recurrencia.

i. 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.

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

k. Se excluyen los siguientes tumores:

i. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
ii. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
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.
iv. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
v. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor.
vi. Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.

2. Para la Cobertura de Muerte:

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

a. Es a causa distinta del cáncer diagnosticado 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.

3. Para la Cobertura de Indemnización Adicional por Diagnóstico de Cáncer de Género:

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

a. Un diagnóstico que no corresponda cáncer, según se define en esta póliza.

b. El cáncer es diagnosticado en un órgano diferente a los detallados en esta cobertura adicional.

4. *Para la Cobertura de Renta Hospitalaria:*

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

a. **El diagnóstico que no corresponda a cáncer, según se define en esta póliza.**

b. **Las agravaciones del cáncer, resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes y alcoholismo.**

c. **Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.**

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

e. **El suicidio y/o secuelas de intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.**

CLÁUSULA XV. FINALIZACION DE LA POLIZA

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

4. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza, sin haber satisfecho el pago de la prima.

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 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 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 o 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 al (los) 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 o Intermediario de Seguro autorizado.

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

CLÁUSULA XVIII. OMISION Y/O INEXACTITUD

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

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

CLÁUSULA XIX. REPOSICIÓN DE PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado.

CLÁUSULA 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 partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

CLÁUSULA XXII. LEGISLACION APLICABLE

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

CLÁUSULA XXIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

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

CLÁUSULA XXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLÁUSULA 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 o al Operador de Seguros Autoexpedible 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 DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la

Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha _____.