

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro Autoexpedible de Funerarios Plus

### Colones

**Código de producto: P16-37-A01-045**

**Versión 3**

**Fecha de registro V3: 02-nov-12**

**Oficio de solicitud de registro V3: G-04626-2012**

## INDICE

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA.....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO .....	3
CLÁUSULA IV. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA .....	4
CLÁUSULA VI. COBERTURAS .....	5
CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS .....	5
CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	6
CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	6
CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS .....	6
CLÁUSULA XI. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	7
CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION .....	7
CLÁUSULA XIII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA ...	8
CLÁUSULA XIV. PERÍODO DE GRACIA .....	8
CLÁUSULA XV. PERÍODO DE CARENCIA.....	8
CLÁUSULA XVI. SUICIDIO.....	8
CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	9
CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES .....	10
CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES .....	10
CLÁUSULA XX. FINALIZACION DE LA POLIZA.....	11
CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	12
CLÁUSULA XXII. OMISION Y/O INEXACTITUD .....	12
CLÁUSULA XXIII. REPOSICIÓN DE PÓLIZA.....	12
CLÁUSULA XXIV. TIPO DE CAMBIO.....	13
CLÁUSULA XXV. PRESCRIPCIÓN .....	13
CLÁUSULA XXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	13
CLAUSULA XXVII RESOLUCION DE CONTROVERSAS.....	13
CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	13
CLÁUSULA XXIX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	13
CLÁUSULA XXX. COMUNICACIONES .....	13
CLÁUSULA XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	14
CLÁUSULA XXXII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS .	14

## Acuerdo de Aseguramiento

El Instituto Nacional de Seguros, empresa Aseguradora domiciliada en Costa Rica, cédula jurídica número 400000-1902-22, denominada en adelante el Instituto, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se estipulan, con base en la Oferta de Seguro, las cuales integran esta póliza.

Es una póliza Autoexpedible donde el Asegurado se asegura por cuenta propia.

En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado o a (los) Beneficiario (s) nombrado (s), el monto Asegurado, según la opción contratada en la Oferta de Seguro, al recibir prueba fehaciente de que la muerte del Asegurado, por causa accidental o no accidental, objeto de cobertura en esta Póliza, le ocurrió al Asegurado durante la vigencia de la misma.

El inicio de cobertura para esta póliza será en la fecha de emisión del seguro, siempre que se realice el pago de la prima.

El presente producto cumple las características definidas en el Artículo 24 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Guillermo Vargas Roldán".

Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente  
Cédula Jurídica 400000-1902-22

## **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. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA**

El Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

### **CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO**

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de (cinco) 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los

términos y condiciones establecidos en esta póliza respectiva.

El Instituto dispondrá de un plazo de (diez) 10 días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

### **CLÁUSULA IV. DEFINICIONES**

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

2. **Asegurados Dependientes:** Se consideran como tales:

- a) El Cónyuge o persona conviviente, según la definición del Código de Familia vigente del Asegurado.
- 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:** Persona física que, por cuenta propia contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Está expuesto a los

- riesgos Asegurados bajo este contrato y asume los derechos y las obligaciones derivadas de este.
4. **Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.
  5. **Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
  6. **Colusión:** Pacto o acuerdo que se establece con otra persona con perjuicio o daño para un tercero.
  7. **Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
  8. **Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
  9. **Muerte No Accidental:** Toda muerte que no sea a causa de un accidente.
  10. **Operador de Seguro Autoexpedible:** Son Operadores de Seguros 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. **Prima:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.
  14. **Prima no devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
  15. **Tomador:** Sinónimo de Asegurado.
- |                  |           |             |
|------------------|-----------|-------------|
| <b>CLÁUSULA</b>  | <b>V.</b> | <b>SUMA</b> |
| <b>ASEGURADA</b> |           |             |
- 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.
- La sumatoria de los montos Asegurados de las coberturas básicas de pólizas autoexpedibles adquiridas por el Asegurado Titular o sus dependientes, 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 definidos 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 diez (10) días hábiles.

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

## CLÁUSULA VI. COBERTURAS

El Instituto indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan, las cuales no podrán ser contratadas por separado.

### COBERTURAS:

1. **Servicios Funerarios por Muerte No Accidental:** El Instituto pagará al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) según corresponda, la suma asegurada indicada en la Oferta de Seguro, si el Asegurado o cualquiera de los miembros del grupo familiar incluidos en la póliza, fallecen a causa de muerte no accidental

durante la vigencia de esta póliza.

2. **Doble Indemnización de Servicios Funerarios por Muerte Accidental:** El Instituto pagará al Asegurado o al (los) Beneficiario (s) según corresponda, el doble de la suma asegurada en la cobertura básica indicada en la Oferta de Seguro, si el Asegurado o cualquiera de los miembros del grupo familiar incluidos en la póliza mueren a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y en las condiciones indicadas en la misma.

## CLÁUSULA VII. 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 encuentre dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza.

Asimismo los hijos del Asegurado Titular 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 dependientes económicos del Asegurado Titular, cónyuge o conviviente.

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

Asegurado Titular siempre y cuando figuren como asegurados dependientes de la póliza y manifiesten su conformidad por escrito.

#### **CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro autoexpedible cuya vigencia es anual renovable.

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

Para efectos de la cobertura básica, esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

#### **CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado, así como los asegurados dependientes deberá (n) 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 que haya sido reportado como Asegurado dependiente
2. Tener entre un (1) año de edad y veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días, para los hijos dependientes.

3. Completar y firmar la Oferta de Seguro.

#### **CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS**

El Asegurado Titular 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, la póliza se mantendrá vigente y en las mismas condiciones designadas por el Asegurado.

Mientras esta póliza esté en vigor, el Asegurado puede 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.

En caso de que algún Beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro Beneficiario (s) 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.

En caso de fallecimiento del (los) Asegurado(s) dependiente(s) el beneficiario será el Asegurado Titular o en su defecto los herederos legales del (los) mismo(s).

**Advertencia:**

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran a la póliza de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

**CLÁUSULA XI. PRIMA DE LA PÓLIZA**

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

**CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION**

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, sin embargo el Asegurado puede elegir pagarla de forma mensual, de acuerdo con las primas vigentes a la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

Si el Asegurado elige una forma de pago diferente de la mensual obtendrá un descuento por pronto pago el cual se indica en la Oferta.

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado Titular.

Si el Asegurado decide no mantener este seguro, deberá comunicarlo por escrito ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado o en cualquier Sede del Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación. En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Si el Asegurado no solicita la cancelación con treinta (30) días naturales de anticipación, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.



Cuando corresponda la devolución de primas se calculará a prorrata deduciendo un veintidós (22%) por ciento por concepto de gastos administrativos, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

En caso de indemnización de conformidad con las coberturas de esta póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima anual, se deducirán de la indemnización a pagar.

### **CLÁUSULA XIII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA**

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento del año-póliza, el Instituto informará al Asegurado las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Asegurado también podrá solicitar modificaciones en las condiciones indicadas en la Oferta de la póliza, mediante solicitud escrita enviada al Instituto excepto que se trate de cambios en la suma asegurada. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación que entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación anual de la póliza.

En caso de que el Asegurado no efectúe la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la

obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia de la misma, quedando en este caso excluidos únicamente los siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

### **CLÁUSULA XIV. 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.

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

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

### **CLÁUSULA XV. PERÍODO DE CARENCIA**

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado muere por causa no accidental durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de emisión de esta póliza. Este período de carencia no aplica en caso de muerte accidental.

### **CLÁUSULA XVI. SUICIDIO**

En los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza el Instituto no

indemnizará si la muerte ocurre por causa de suicidio.

El período indicado inicia a partir de la fecha de formalización del contrato.

#### **CLÁUSULA XVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de la 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 la póliza, o en alguna Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

Para tal trámite el Instituto pone a disposición los siguientes medios de comunicación:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Fax: 2221-2294

Correo Electrónico:  
contactenos@ins-cr.com

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo.

Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberá presentar los requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros autorizado, revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Sede del Instituto que corresponda, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Para el trámite de reclamos, el (los) Beneficiario (s) deberá (n) presentar, independientemente de la cobertura a afectar, los siguientes documentos:

- a. Carta solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado y del (los) Beneficiario (s). Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los Beneficiarios menores de edad. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.
- c. 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.
- d. 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 debidamente consularizado.

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

Además de los requisitos anteriores, para la Cobertura de Doble Indemnización de Servicios Funerarios por Muerte Accidental debe presentarse el siguiente documento:

- a. Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

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 o (los) Beneficiarios.

En caso de indemnización por las coberturas de esta póliza, si la

forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima del año de esta póliza.

El Asegurado o Beneficiario (s) podrá (n) realizar el pago correspondiente en ese momento o en su defecto, éste se deducirá de la suma prevista para la indemnización.

#### **CLÁUSULA XVIII. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES**

El Instituto brindará respuesta mediante resolución motivada y escrita dentro de los treinta (30) días naturales contados a partir de la presentación de la reclamación que realice el Asegurado o el (los) Beneficiario (s).

El Instituto efectuará el pago cuando corresponda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales.

#### **CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES**

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

**Las indemnizaciones no se concederán si la muerte del Asegurado se debe a:**

- a. **Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.**
- b. **Servicio en las fuerzas armadas de una organización nacional o internacional o resultante de un estado de guerra declarado o no,**

motines, alborotos populares, rebelión o insurrección en los que participe el Asegurado.

- c. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o los actos atribuible a dichos eventos.
- d. La participación en motines, riñas o huelgas.
- e. La comisión o tentativa de delito doloso.
- f. 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.
- g. La ingesta voluntaria y consciente de veneno, droga o sedativo, asfixia por inhalación de gases durante los primeros 2 años.
- h. La participación como piloto o pasajero en automóviles o vehículos en competencias de velocidad, resistencia o seguridad y accidentes de la navegación aérea o marítima a no ser que el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves o embarcaciones de una línea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.
- i. Los accidentes que sean provocados por el Asegurado como consecuencia de la

ingesta de estupefacientes o drogas o bebidas alcohólicas. Para este último se considerará el estado de ebriedad según se defina en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento u orina.

## **2. Para la Cobertura de Muerte no Accidental**

- a. No se cubrirá la muerte derivada de causas accidentales.
- b. No se cubrirá la muerte no accidental si el Asegurado fallece durante el período de Carencia de esta póliza.

## **3. Para la Cobertura de Muerte Accidental**

Las indemnizaciones no se concederán si la muerte del Asegurado se debe a:

- a. Enfermedad física o mental.
- b. Accidentes ocurridos previo a la emisión de esta póliza.
- c. Causas no accidentales.

## **CLÁUSULA XX. FINALIZACION DE LA POLIZA**

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

- 1. Finalice la vigencia de la póliza.

2. El Asegurado alcance la edad de los sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro 364 días. Este límite de edad aplica también para el cónyuge o conviviente del Asegurado.
3. En el caso de los hijos a los veinticinco (25) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
4. Solicitud expresa del Asegurado.
5. Vencido el período de gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
6. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

#### **CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO**

**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.

**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 Seguros 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 Seguros autorizado, remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida.

#### **CLÁUSULA XXII. OMISION Y/O INEXACTITUD**

La omisión y/o inexactitud en que deliberadamente 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 dicha 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.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

#### **CLÁUSULA XXIII. 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 XXIV. TIPO DE CAMBIO**

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue tomada la póliza, el Asegurado 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 XXV. 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 XXVI. 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, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N°8956 del 12 de setiembre de 2011, Código de Comercio y el Código Civil.

#### **CLAUSULA XXVII RESOLUCION DE CONTROVERSIAS**

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltos a través de los diferentes medios establecidos en la Ley 7727 del 09/12/1997 sobre resolución Alternativa de Conflictos y promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

#### **CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", asimismo 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 10 días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

#### **CLÁUSULA XXIX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

#### **CLÁUSULA XXX. 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.

Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-37-A01-045 VLRCS de fecha 06 de febrero del 2012.

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto, al Operador de Seguro Autoexpedible 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 XXXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

#### **CLÁUSULA XXXII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS**

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



<b>DATOS DEL ASEGURADO/TOMADOR</b>	Póliza de Seguro N°.		Vigencia:	Desde:	Hasta:	
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil:	
	N° de Identificación			Ocupación:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidad:	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
	Dirección exacta:					
	Apartado Postal:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:	
	Dirección Electrónica:				Fax:	

DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES						
No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Cédula	Parentesco	Teléfono de contacto
1						
2						
3						
4						

Yo (nosotros) \_\_\_\_\_  
consiento (consentimos) mi (nuestro) aseguramiento en este contrato.  
Firma (s) \_\_\_\_\_

Y para los casos de menores de edad:  
Por tratarse de un Asegurado menor de edad, yo \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) de \_\_\_\_\_  
(indicar parentesco) (indicar el nombre del menor Asegurado)  
consiento el aseguramiento en este contrato.  
Firma \_\_\_\_\_

<b>NOTIFICACIONES</b>	Señale el medio por el cual desea ser notificado.
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____
	Recuerde mantener actualizados sus datos.

<b>OPCIONES DE ASEGURAMIENTO</b>	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
	<input type="checkbox"/>	¢600.000	¢1.200.000		¢573	
	<input type="checkbox"/>	¢900.000	¢1.800.000		¢860	
	<input type="checkbox"/>	¢1.800.000	¢3.600.000		¢1.720	

Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.

<b>BENEFICIARIOS</b>	En caso de fallecimiento del (los) Asegurado (s) dependiente (s) el beneficiario será el Asegurado Titular o en su defecto los herederos legales del mismo.						
	<b>Advertencia:</b> 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.						
	DETALLE DE BENEFICIARIOS						
	N°	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje Participación	Teléfono de contacto
1							
2							

**AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMATICO**

**El asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios (Marque con "x" según el medio de pago).**

Cuenta de Ahorros  Cuenta Corriente  Planillas  Otros Servicios  Agua  Luz  Teléfono  Cable  Tarjeta Débito  Tarjeta Crédito

Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo de Tarjeta:  Visa  MasterCard

Número de tarjeta o cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Moneda:  Colones Forma de pago de la prima del Seguro:  Mensual  Anual

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Monto a cargar: \_\_\_\_\_ El cargo será a partir de: \_\_\_\_\_

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite 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.

**La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.**

Por la presente declaro que toda información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros (www.ins-cr.com). Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

El presente producto cumple las características definidas en el artículo 24.- Seguros Autoexpedibles y artículo 42 -Registros Obligatorios-, inciso a), el Anexo 15 -Registro de Pólizas tipo- y el artículo 47 -Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.


**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 .**

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-37-A01-045 de fecha 06 de febrero del 2012.**

El Asegurado tiene la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco días hábiles, contado a partir de la fecha de adquisición de la cobertura. Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza. El Instituto dispondrá de un plazo de diez días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

**OBSERVACIONES DEL ASEGURADO/ OPERADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS AUTORIZADO/ASEGURADORA**

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos correo electrónico contactenos @ins -cr.com, o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

Nombre del Asegurado	Razón Social del Operador	Nombre del Vendedor del Operador	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b>  Guillermo Vargas Roldán Subgerente Cédula Jurídica 400000-1902-22
Cédula del Asegurado	Cédula Jurídica del Operador	Cédula del Vendedor del Operador	
Firma del Asegurado	Número de registro del Operador	Firma del Vendedor del Operador	

Vigencia del : al :

Datos del Asegurado:				
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres
Número de Identificación:		Fecha Nacimiento: Edad:		Estado Civil: Sexo:
Dirección Exacta:		Tel. Celular	Tel. Domicilio	Tel. Oficina
Nacionalidad:		Dirección Electrónica		Ocupación
		Apartado Postal:		Fax:

Dependientes				
Apellidos	Nombres	Cédula	Parentesco	Teléfono

**Notificaciones:**

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Dirección:

**Recuerde mantener actualizados sus datos.**

**Suma Asegurada que deseo contar:**

Cobertura Básica				
Funerario Muerte No Accidental	Funerario Muerte Accidental	Número de Asegurados	Prima Individual	Prima Grupo Familiar
	¢		¢	

**Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.**

**Beneficiarios:**

Apellidos	Nombres	Parentesco	Cédula	%Participación	Teléfono Contacto
-----------	---------	------------	--------	----------------	-------------------

**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 de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

**Autorización para pago de primas mediante cargo automático:**

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.

**La expedición de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.**

Por la presente declaro que toda información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito, y que cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las condiciones generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com). Convento en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado. \_\_\_\_\_

El 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.

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. Una vez superado el plazo aquí establecido, el contrato solamente podrá revocarse por el consentimiento de las partes, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza.  
El Instituto dispondrá de un plazo de 10 días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

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 e artículo 47 -Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS ó al número 800-8353467, página Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos correo electrónico contactenos@ins-cr.com, o con su Operador 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 P16-37-A01-045 de fecha 06 de febrero del 2012.

Observaciones

Numero de documento:



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente

---

**FIRMA DEL ASEGURADO**

**NOMBRE DEL OPERADOR Cédula Jurídica:**

**N° Registro:**

Nombre Funcionario

Número de Identificación Vendedor

Firma Vendedor

*Sólo los seguros del INS tienen la garantía del Estado.*