



SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS CONTRATO TIPO

ÍNDICE

SECCIÓN A. DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES.....	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	9
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES.....	9
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA	10
CLÁUSULA III. COBERTURAS.....	10
CLÁUSULA IV. COBERTURA BÁSICA MUERTE O MUERTE PLUS	11
CLÁUSULA V. COBERTURAS ADICIONALES	12
CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA.....	13
CLÁUSULA VII. PERÍODOS DE CARENIA.....	14
CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD.....	15
CLÁUSULA IX. EXCLUSIONES	15
SECCIÓN D. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS	17
CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS	17
CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO.....	17
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO	18
CLÁUSULA XII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	18
CLÁUSULA XIII. INCLUSION DE ASEGURADOS.....	19
CLÁUSULA XIV. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL	19
CLÁUSULA XV. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO	20
CLÁUSULA XVI. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO	20
CLÁUSULA XVII. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTA EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO	21
SECCIÓN F. PRIMAS	21
CLÁUSULA XVIII. TARIFA DE SEGURO	21
CLÁUSULA XIX. PRIMA.....	21
CLÁUSULA XX. PAGO DE LAS PRIMAS.....	21
CLÁUSULA XXI. PERIODO DE GRACIA	22
CLÁUSULA XXII. COMISIÓN DE COBRO	22
CLÁUSULA XXIII. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA	22
SECCIÓN G. DESCUENTOS Y RECARGOS	22
CLÁUSULA XXIV. DESCUENTOS Y RECARGOS.....	22
SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS	25
CLÁUSULA XXV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	25
CLÁUSULA XXVI. PAGO DE INDEMNIZACIONES	27
CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	28
CLÁUSULA XXVIII. DECLINACIÓN APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	28
CLÁUSULA XXIX. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL	28
SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS	29
CLÁUSULA XXX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	29
CLÁUSULA XXXI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA	29
CLÁUSULA XXXII. FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS	29
CLÁUSULA XXXIII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	30



SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS	31
CLÁUSULA XXXIV. EDAD Y SEXO.....	31
CLÁUSULA XXXV. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	31
CLÁUSULA XXXVI. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE	31
CLÁUSULA XXXVII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	32
CLÁUSULA XXXVIII. VALOR ACUMULADO PARA CADA ASEGURADO.....	32
CLÁUSULA XXXIX. RETIROS DEL VALOR ACUMULADO	33
CLÁUSULA XL. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	34
CLÁUSULA XLI. PRESCRIPCIÓN.....	34
CLÁUSULA XLII. SUBROGACIÓN	35
CLÁUSULA XLIII PRUEBA DE SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACIÓN	35
CLÁUSULA XLIV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	35
CLÁUSULA XLV. REGISTRO DE ASEGURADOS	35
CLÁUSULA XLVI. CESION	36
SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	36
CLÁUSULA XLVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	36
CLÁUSULA XLIX. LEGISLACIÓN APLICABLE	36
SECCIÓN L COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	36
CLÁUSULA L. COMUNICACIONES	36
CLÁUSULA LI. DOMICILIO CONTRACTUAL.....	36
SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO	37
CLÁUSULA LII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	37



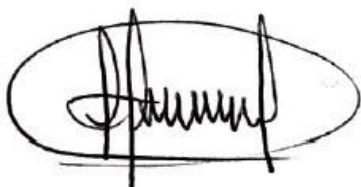
COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, titular de la cédula jurídica 400000-1902-22 en adelante denominado el INSTITUTO se compromete con quien se suscribe en la solicitud del seguro como ASEGURADO Y/O TOMADOR, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas por el ASEGURADO Y/O TOMADOR en la solicitud que origina este contrato, la cual es parte integral del mismo.

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por el Instituto con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y composición del grupo asegurado, las cuales se indican en las Condiciones Particulares que conforman esta póliza.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual del INSTITUTO de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



MBA. Luis Fernando Monge Salas
Gerente General
Cédula jurídica 4-000-001902



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Los términos, palabras y frases que se indican a continuación se definen tal y como deben entenderse o ser usadas en esta póliza:

1. **Accidente:** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática o muerte.
2. **ASA:** Adelanto de la Suma Asegurada.
3. **Asegurado:** Toda persona protegida por esta póliza que:
 - a) Sea una persona física.
 - b) Haya sido reportada en la póliza por el Tomador del Seguro y aceptada por el Instituto a partir de la fecha que se indique en el certificado.
4. **Asegurador:** Es el Instituto quien asume los riesgos que le traslada el asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
5. **Aniversario – Póliza:** Fecha de cada aniversario de la emisión de la póliza y/o fecha de inclusión del asegurado.
6. **Aportes voluntarios:** Corresponde al monto de ahorro aportado por cada asegurado de la póliza en exceso del aporte de ahorro obligatorio.
7. **Aportes obligatorios:** Suma mínima en exceso del costo del seguro, la cual paga el Asegurado para la constitución del Valor Acumulado.
8. **Beneficiario (s):** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
9. **Cargo por Retiro:** Es el monto que el Instituto deduce del monto de retiro del Valor Acumulado solicitado por el Asegurado.
10. **Costo Comercial de Seguro:** Es el monto destinado a cubrir el costo del seguro, la cual está conformada por la sumatoria de los costos de las coberturas contratadas.
11. **Costo Mensual del Seguro:** Es el costo de seguro conforme las coberturas seleccionadas.
12. **Día de Actualización Mensual:** Es el último día de cada mes, fecha en la que se realizan todos los cálculos de ingresos y rebajos sobre el Valor Acumulado.
13. **Disputabilidad:** Cláusula que permite al Instituto durante un período de tiempo disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas del asegurado, así como



por enfermedades preexistentes manifestadas o no manifestadas al perfeccionarse el contrato.

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

15. Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo y determinada por un médico.

16. Enfermedad Terminal: Se entiende como aquella enfermedad oncológica que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis a órganos a distancia.

Adicionalmente, también se considera Enfermedad Terminal la alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo. Se refiere a los grupos de patologías o enfermedades que se detallan a continuación y que cumplan con todos los criterios obligatorios de cada enfermedad establecidos de acuerdo con la siguiente lista:

a) Enfermedad cardiovascular:

- i. Disnea en clase IV de la NYHA o angina refractaria en reposo
- ii. Sin posibilidades de revascularización coronaria o de procedimientos quirúrgicos terapéuticos.
- iii. Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca refractaria a pesar de tratamiento óptimo
- iv. Fracción de expulsión menor o igual al 30% o niveles elevados de NT-proBNP (mayor a 300 pg/ml).

b) Enfermedad pulmonar:

- i. Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
- ii. Progresión de la enfermedad evidenciada por: Incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
- iii. Hipoxemia, pO₂ 55 mmHg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 88 % con O₂ suplementario, o hipercapnia, pCO₂ 50 mmHg.

c) Enfermedad hepática:

1. Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh:

- i. Encefalopatía grado III-IV
- ii. Ascitis masiva refractaria
- iii. Bilirrubina mayor a 3 mg/dl
- iv. Albúmina menor a 2.8 g/dl
- v. T. de protrombina menor a 30 %



vi. y en la que se ha descartado el trasplante hepático

2. El síndrome hepatorenal

d) Enfermedad renal:

- i. Síntomas urémicos: Confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario.
- ii. Diuresis menor a 400 cc/día.
- iii. Hiperkaliemia mayor a 7m Eq/l que no responde a tratamiento.
- iv. Pericarditis urémica. Sobrecarga de fluidos intratable.
- v. Nivel de creatinina mayor a 8 mg/dl.
- vi. Tasa de filtración glomerular menor o igual a 10 ml/min.
- vii. Síndromehepatorenal

e) Esclerosis Lateral Amiotrófica:

- i. Alteración crítica de la capacidad de respirar con capacidad vital menor del 30% de lo normal (si está disponible), disnea en reposo o necesidad de O2 suplementario en reposo
- ii. Progresión rápida de la enfermedad
- iii. Ingesta insuficiente para sostener la vida, pérdida continua de peso, deshidratación o hipovolemia.
- iv. Complicaciones médicas como neumonía por aspiración, sepsis, infecciones del tracto urinario superior, fiebre recurrente a pesar de antibióticos o úlceras de decúbito.

f) Otras enfermedades de Neurona Motora:

Las enfermedades de la neurona motora son un grupo de trastornos neurológicos progresivos que destruye las neuronas motoras, las células que controlan la actividad muscular voluntaria.

Es necesario que se cumplan todas las condiciones siguientes:

- 1. Enfermedad de neurona motora confirmada por un neurólogo en base a pruebas de gabinete que apoyen el diagnóstico tales como electromiografía, biopsia de músculo, resonancia magnética, etc.
- 2. Evidencia de deterioro progresivo de la enfermedad

g) Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida:

- 1. Cuenta de CD4 menor a 25 cel/mm³ o carga viral mayor a 100,000/ml + 1 de los siguientes:
 - i. Síndrome de desgaste o consuntivo
 - ii. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 - iii. Criptosporidiosis
 - iv. Sarcoma de Kaposi que no responde a tratamiento
 - v. Toxoplasmosis



- vi. Complejo Mycobacterium avium (MAC)
- vii. Linfoma sistémico
- viii. Linfoma del SNC
- ix. Insuficiencia renal
- x. Puntaje de Karnofsky menor a 50

h) Enfermedad cerebro vascular:

1. Incapacidad de mantener un estado calórico y de hidratación adecuados con alguna de las características siguientes:
 - i. Pérdida de peso mayor a 7.5% en los últimos 3 meses
 - ii. Albúmina sérica menor a 2.5 mg/dl
 - iii. Disfagia que impide una ingesta adecuada con o sin alimentación o hidratación artificial
 - iv. Historia de broncoaspiración
2. Puntaje en la escala de valoración para cuidados paliativos (PPS) menor o igual a 40%.

i) Síndromes demenciales (incluye Enfermedad de Alzheimer):

1. Edad mayor que 70 años
2. FAST (Functional Assessment Staging) mayor a 7c
3. Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental State Examination menor a 14)
4. Dependencia absoluta
5. Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición -urinarias, respiratorias-, sepsis, fiebre a pesar de la antibioticoterapia)
6. Disfagia
7. Desnutrición
8. Úlceras por presión refractarias grado 3-4

j) Enfermedad Oncológica Terminal:

1. Enfermedad con metástasis a órganos a distancia en el momento de la presentación, no se incluyen las metástasis a ganglios linfáticos regionales.
2. Progresión de un estadio temprano de la enfermedad a enfermedad con metástasis con:
 - i. Deterioro continuo a pesar del tratamiento.
 - ii. Rechazo por parte del paciente de tratamiento adicional

k) Enfermedad Oncológica Terminal Hematológica:

1. Que se encuentren en el último estadio de gravedad.
2. Que se hayan agotado todas las opciones terapéuticas.
3. Mal pronóstico a corto plazo.

17. Fecha de declaración de Incapacidad Total y Permanente: Fecha en la que el asegurado es declarado incapacitado total y permanentemente por la autoridad



competente (CCSS, INS, Poder Judicial), la cual consta en el certificado expedido por dicha autoridad.

- 18. Fondo de constitución:** Es el monto de dinero aportado por el Tomador de Seguro al momento de emisión del contrato en beneficio de los asegurados. En caso de que este sea mayor que cero, el mismo formaría parte del Valor Acumulado Individual de los asegurados que indique el Tomador en la emisión de la póliza y en la proporción indicada por el mismo.
- 19. Grupo asegurable:** Es el grupo sobre el que se hace una oferta de seguro colectivo, conformado por personas físicas vinculadas en una relación jurídica con el Tomador del seguro.
- 20. Grupo Asegurado:** Conjunto de personas que cumplen con la definición de asegurado para esta póliza y que han sido aceptadas como tal por el Instituto.
- 21. Grupo Natural:** Conformado por los grupos de empleados que pertenecen a un mismo patrono (obrero-patronal) y los grupos que se derivan de un grupo obrero patronal como: sindicatos, cooperativas, asociaciones solidaristas.
- 22. Historia Clínica:** Documento escrito de manera específica, exacta y ordenada que representa la evidencia del protocolo de un paciente, de su historial médico, así como de los tratamientos aplicados y los resultados obtenidos, que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente.
- 23. Incapacidad total y permanente:** Es la producida como consecuencia de un accidente o enfermedad originado después de la fecha de inclusión en la cobertura. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad general orgánica igual o superior al sesenta y siete por ciento (67%) que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual por medio de la cual genera ingresos.
- 24. Instituto:** Es el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, denominado en adelante "Instituto" que emite la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que conforman este contrato.
- 25. Medicina virtual:** Es la prestación a distancia de atención médica, la cual permite el intercambio de información entre el médico y el Asegurado, utilizando herramientas audiovisuales para orientar al paciente sobre la conducta a seguir respecto a su sintomatología o consulta.
- 26. Otros Grupos:** Conformados por personas que no están vinculadas a un mismo patrono.
- 27. Período de Carencia:** Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del asegurado a la póliza, durante el cual no se amparará la reclamación
- 28. Período de Gracia:** Es una extensión del periodo de pago del costo de seguro mensual posterior a la fecha de vencimiento anotada durante el cual puede ser pagada sin el cobro de intereses y recargos en el cual se mantienen los derechos del asegurado.



- 29. Prima Mínima:** Es la suma del coste de seguro de las coberturas contratadas más el aporte de ahorro fijo u obligatorio establecida en la emisión del contrato.
- 30. Prima Planeada:** El monto de la prima que el Asegurado elige pagar al momento de emisión de la póliza. Esta debe ser superior a la prima mínima.
- 31. Reticencia:** La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equivoco significado.
- 32. Retiro del Valor Acumulado:** Es la opción que tiene el Asegurado de retirar dinero del Valor Acumulado Individual.
- 33. Suma Asegurada:** Suma máxima que está obligado el Instituto a pagar por persona en caso de que se materialice el siniestro amparado por la póliza. Esta suma se establece en las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro.
- 34. Siniestro:** Manifestación concreta del riesgo asegurado que hace exigible la obligación del asegurador.
- 35. Tomador del seguro:** Persona jurídica que contrata el seguro en representación del grupo asegurado y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza correspondan al Asegurado.
- 36. Valor Acumulado individual:** Es el monto acumulado individual de cada asegurado en el tiempo, el cual está constituido por la sumatoria de los aportes obligatorios, aportes voluntarios más los intereses reconocidos, menos el costo de seguro mensual, los impuestos, los retiros realizados y los cargos por retiro respectivos, conforme la tabla indicada en Condiciones Particulares.
- 37. Valor Acumulado Global:** Corresponde a la suma de la totalidad del fondo de todos los asegurados, más los aportes del fondo de constitución realizado por el Tomador de seguro, en caso de existir.
- 38. Valor de Retiro:** Es el valor acumulado individual menos el cargo por retiro correspondiente.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES



Constituyen esta póliza y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la solicitud del seguro, los reportes del Tomador del Seguro, las Condiciones Generales, Particulares y el Certificado de seguro, así como la adenda.

El orden de prelación de los documentos que constituyen la póliza es el siguiente: Condiciones Particulares, Adenda, Certificado del seguro, Condiciones Generales, Solicitud del Seguro y reportes del tomador.

La persona asegurada tiene derecho a exigir en cualquier momento las condiciones generales de esta póliza, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales pueden consultarse en la dirección electrónica www.grupoins.com, los demás documentos pueden solicitarse en las Sedes del Instituto, asimismo en caso de duda sobre su póliza puede contactarse al 2287-6000 o enviar sus consultas al correo contactenos@grupoins.com.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. COBERTURAS

1. Coberturas Básicas:

El Instituto ofrece las siguientes opciones de coberturas básicas, las cuales son excluyentes entre sí y cuya escogencia la hace el Tomador de seguro en la solicitud de la póliza.

a) Muerte Accidental o no Accidental

El Instituto cubre el riesgo de muerte accidental o no accidental del Asegurado, sujeto a las condiciones de esta póliza y a la modalidad de seguro contratada.

b) Muerte Plus

El Instituto cubre el riesgo de muerte accidental o no accidental del asegurado. En caso de que se diagnostique una enfermedad terminal se le adelanta un porcentaje o monto fijo de la suma asegurada, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza y/o certificado de seguro.

Adicionalmente, en caso de fallecer el asegurado, con el propósito de sufragar los gastos derivados del sepelio, se otorgará un adelanto de un porcentaje o un monto fijo de la suma asegurada, según se haya definido en las Condiciones Particulares y/o certificado de seguro.

Las sumas adelantadas por diagnóstico de enfermedad terminal o para gastos de sepelio, previamente indicadas, no son complemento de la suma asegurada en muerte, es decir, no son sumas adicionales a esta cobertura, sino que se rebajan del monto asegurado en la cobertura de muerte, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.

2. Coberturas Adicionales:

Adicionalmente se pueden contratar las siguientes coberturas:



1. Pago como adelanto de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una, doce o veinticuatro cuotas.
2. Otros riesgos adicionales que se hayan acordado con el Tomador.

No obstante, lo anterior, para esta póliza solamente tendrá efectividad aquellas coberturas que aparecen indicadas en las Condiciones Particulares y/o certificado de seguro.

El presente es un contrato colectivo modalidad “Tipo”, conformado por un conjunto de cláusulas establecidas por el INSTITUTO, las cuales permiten un margen de negociación con el Tomador en cada una de las coberturas que se desee contratar.

3. Servicio de asistencia Medicina Virtual

El asegurado podrá solicitar el servicio de medicina virtual, mediante el cual se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva, de conformidad con el contrato de servicio que mantenga el INS.

En caso de que, de dicha consulta médica, sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá con la indicación correspondiente. Los costos de dichos servicios adicionales no forman parte de la asistencia médica agregada a esta póliza.

La atención y orientación médica mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir el asegurado no asume ningún costo.

La cantidad máxima de consultas virtuales otorgadas por persona estará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.

En caso de que el Asegurado requiera detalle en tiempo real de los horarios más próximos, así como información actualizada de los proveedores que brindan el servicio, podrá consultarlos en la dirección electrónica: medicinavirtual@grupoins.com

CLÁUSULA IV. COBERTURA BÁSICA MUERTE O MUERTE PLUS

Cobertura de Muerte: El Instituto cubrirá la suma asegurada para el riesgo de muerte, sujeto a las condiciones de esta póliza y a la modalidad de seguro contratada. Además, reembolsará el Valor Acumulado Individual sin cargos, correspondiente al asegurado fallecido, en caso de fallecimiento del Asegurado por causas accidentales o no accidentales. De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de la cobertura básica indicada en las Condiciones Particulares.

Cobertura de Muerte Plus (cubre ASA y Gastos Funerarios): El Instituto cubre el riesgo de muerte accidental o no accidental del asegurado. En caso de que se diagnostique una enfermedad terminal se le adelanta un porcentaje o monto fijo de la suma asegurada, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza y/o certificado de seguro.



Adicionalmente, en caso de fallecer el asegurado, con el propósito de sufragar los gastos derivados del sepelio, se otorgará un adelanto de un porcentaje o un monto fijo de la suma asegurada, según se haya definido en las Condiciones Particulares y/o certificado de seguro.

Las sumas adelantadas por diagnóstico de enfermedad terminal o para gastos de sepelio, previamente indicadas, no son complemento de la suma asegurada en muerte, es decir, no son sumas adicionales a esta cobertura, sino que se rebajan del monto asegurado en la cobertura de muerte, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.

La indemnización de alguna de estas coberturas básicas la cancela en su totalidad, así como todas las coberturas adicionales del seguro. No aplica si solo se otorga el adelanto por A.S.A en Muerte Plus en caso de no requerir la suma máxima asegurada. En caso de muerte, el Instituto cubrirá la suma asegurada para el riesgo de muerte y devolverá el Valor Acumulado Individual sin cargos por retiro correspondiente al asegurado fallecido.

CLÁUSULA V. COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales que operan para este seguro serán elegidas por el Tomador del seguro y se especificarán en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La fecha de vigencia de las coberturas adicionales es la fecha de la póliza, si son adquiridas al momento de la emisión del seguro. Si se añaden luego, la fecha de vigencia y la suma asegurada se indicarán en las Condiciones Particulares.

1. COBERTURA DE PAGO ADELANTADO DE LA SUMA ASEGURADA EN LA COBERTURA BÁSICA EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

a. Ámbito de la cobertura

1. El Instituto pagará por adelantado al Asegurado o Tomador del seguro la suma asegurada en la cobertura básica de muerte accidental o no accidental, en caso de que el Asegurado haya quedado incapacitado total y permanentemente con un porcentaje igual o superior al 67%.
2. La indemnización que se derive por esta cobertura se pagará de acuerdo con la modalidad de pago, que haya seleccionado previamente el Tomador del seguro y que se establece en las Condiciones Particulares y/o certificado del seguro de la póliza. Las modalidades de pago son:
 - a. Pago de la suma asegurada en veinticuatro (24) cuotas mensuales consecutivas (BI-24).
 - b. Pago de la suma asegurada en doce (12) cuotas mensuales consecutivas (BI-12).
 - c. Pago inmediato de la suma asegurada (BI-1).

En las opciones a. y b., si el Asegurado falleciere durante el período de pago de las cuotas correspondientes, el saldo será girado en un solo tracto a los beneficiarios designados, con sujeción a las estipulaciones de la Cláusula de Beneficiarios de las Condiciones



Generales de la póliza. En el caso de la opción c., la suma asegurada se liquidará en un solo pago.

No obstante, las opciones de pago señaladas, el Instituto otorgará un solo tracto indemnizatorio cuando la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado sea consecuencia de un mismo accidente generador de las siguientes lesiones:

- a. La pérdida completa e irrecorable de la vista de ambos ojos.
- b. La pérdida total de ambas manos por amputación de las muñecas o arriba de ellas.
- c. La pérdida de ambos pies por amputación de los tobillos o arriba de ellos.
- d. La pérdida simultánea de una mano y un pie por amputación en la muñeca y el tobillo o arriba de ellos.

La indemnización con cargo a esta cobertura cancela el seguro para el Asegurado indemnizado. Con respecto al valor acumulado individual, será reembolsado al Asegurado en un solo tracto sin ningún cargo por retiro.

2. Otros riesgos adicionales.

Mediante esta cobertura el Tomador y el Instituto pueden acordar amparar los siguientes riesgos:

- Las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo Asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial.
- Exclusiones estipuladas en esta póliza.
- Cobertura a riesgos que estén directamente relacionadas con la ocupación y actividades cotidianas del grupo asegurado y que no están amparadas en ninguna de las otras coberturas detalladas en esta póliza.

En caso de otorgarse amparo para estos riesgos, serán detallados en Condiciones Particulares y/o el Certificado de Seguro.

La cobertura básica y las adicionales, serán elegidas por el Tomador del Seguro y se especificarán en las Condiciones Particulares y/o certificado de seguro.

CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada respecto a cada persona será la que sea aceptada por el Instituto e indicada en el certificado individual de seguro.

Dicho monto asegurado no podrá exceder el límite máximo individual dispuesto en las Condiciones Particulares. El Tomador establecerá la suma asegurada, de acuerdo con las especificaciones que, para tal efecto, señalan las Condiciones Particulares de la póliza y estará sujeta a las condiciones vigentes de aseguramiento.



Los aumentos de monto deberán ser reportados por el Tomador del seguro y sometidos a autorización del Instituto de acuerdo con lo definido en la Cláusula de Elegibilidad Individual de esta póliza.

Adicionalmente, esta póliza permite para cada Asegurado según corresponda la conformación de un Valor Acumulado Individual, el cual se registrará según lo establecido en la cláusula respectiva.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar la suma asegurada a solicitud del Tomador, la cual se indicará en las Condiciones Particulares y/o certificado de seguro de este contrato.

CLÁUSULA VII. PERÍODOS DE CARENCIA

1. Carencia por SIDA o HIV

Cuando el siniestro sea consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o el complejo relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), el Instituto no amparará ninguna reclamación que se produzca dentro del período máximo de dos (2) años, cuyos plazos son contados a partir de la fecha de la inclusión del asegurado en esta póliza.

Dicho período se especificará en las Condiciones Particulares y / o Certificado de Seguro.

Para cada aumento de la suma asegurada, el cual deberá ser autorizado por el Instituto, se reinicia el período de carencia para el incremento correspondiente a partir de la fecha de este. Se exceptúan de esta condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, el período de carencia se reinicia para las Coberturas Adicionales que se suscriban en fecha posterior a la inclusión del asegurado en la póliza.

En aquellos casos en que no se soliciten pruebas de asegurabilidad, dicha circunstancia no inhibe al instituto de aplicar esta cláusula

No obstante, lo anterior por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar, disminuir el plazo indicado, el cual será establecido en las condiciones particulares y/o certificado de seguro, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

2. Suicidio

El Instituto no amparará ninguna reclamación si el Asegurado se suicida durante el periodo máximo de dos (2) años, el cual rige a partir de la fecha de inclusión en la póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso. Dicho período se especificará en las Condiciones Particulares y / o Certificado de Seguro.



Para cada aumento de la suma asegurada, el cual deberá ser autorizado por el Instituto, se reinicia el período de carencia indicado anteriormente, para el incremento correspondiente a partir de la fecha de este. Se exceptúan de esta condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, el período de carencia se reinicia para las Coberturas Adicionales que se suscriban en fecha posterior a la inclusión del asegurado en la póliza.

No obstante, lo anterior por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar, disminuir el plazo indicado, el cual será establecido en las condiciones particulares y/o certificado de seguro, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD

La disputabilidad para este contrato aplica por asegurado, a partir de la fecha de inclusión en la póliza, por un período máximo de dos (2) años. Dicho período se especificará en las Condiciones Particulares y / o Certificado de Seguro.

En aquellos casos en que no se soliciten pruebas de asegurabilidad, dicha circunstancia no inhibe al Instituto de aplicar esta cláusula en todos sus términos y condiciones.

Para cada aumento de la suma asegurada, el cual deberá ser autorizado por el Instituto, se reinicia el período de disputabilidad, para el incremento correspondiente, a partir de la fecha de este. Se exceptúan de esta condición los aumentos de monto que se establezcan para todo el grupo asegurado. De igual forma, el período de disputabilidad se reinicia para las Coberturas Adicionales que se suscriban en fecha posterior a la inclusión del Asegurado en la póliza.

No obstante, lo anterior por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar, disminuir el plazo indicado, el cual será establecido en las condiciones particulares y/o certificado de seguro, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA IX. EXCLUSIONES

Las coberturas básicas no presentan exclusiones.

Para la cobertura de indemnización por adelanto de la suma asegurada (ASA) en muerte plus:

- i. **La enfermedad terminal es a consecuencia directa de accidente.**
- ii. **El diagnóstico es efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.**
- iii. **Carcinoma in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.**
- iv. **Microcarcinoma papilar de la tiroides.**
- v. **Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como: Ta N0 M0 o con una clasificación menor.**
- vi. **Tumores benignos, tumores encapsulados, cáncer que no sea metastásico y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.**



- vii. **Cáncer extirpado y que no presente metástasis a otros órganos a distancia después del tratamiento inicial (las metástasis a ganglios no son objeto de cobertura).**
- viii. **Ataque isquémico transitorio y lesión traumática en el tejido cerebral o los vasos sanguíneos.**

No obstante, lo anterior por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las condiciones particulares, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

Para la cobertura de Pago adelantado de la suma asegurada en caso de Incapacidad Total y Permanente

No se tendrá derecho a esta cobertura si:

- i. **La fecha de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente es anterior a la inclusión del asegurado en la póliza o previa a la suscripción de esta cobertura o bien que al momento de producirse el aseguramiento la persona se encuentre tramitando la declaratoria de incapacidad.**
- ii. **La Incapacidad Total y Permanente termina o el Asegurado fallece antes de que el Instituto reciba las pruebas de dicha incapacidad.**
- iii. **La incapacidad resultare de:**
 - a. **Lesiones que deliberadamente se haya causado el Asegurado o le hayan sido causadas por otra persona en colusión con el mismo.**
 - b. **Servicio en las fuerzas armadas de algún país u organización nacional o internacional o resultante de un estado de guerra declarada o no, motines, perturbación del orden público, rebelión o insurrección en los que el Asegurado participe activamente.**
 - c. **Participación en riñas o actos delictivos del Asegurado (se exceptúa la legítima defensa).**
 - d. **Participación en competencias de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos, independientemente de si se practican en forma profesional, competitiva o recreativa y accidentes de la navegación aérea, a no ser que el asegurado viaje como pasajero en aeronaves de una aerolínea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.**
 - e. **Accidentes ocurridos al asegurado mientras se encuentre en estado de ebriedad o bajo los efectos de droga ilícita enervante, estimulante, narcótica, estupefaciente o similar.**

Se considerará que la persona se encuentra en estado de ebriedad, según se define en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento, orina o cualquier otro medio científico.



En el caso de las sustancias de uso no autorizado el resultado podrá obtenerse de pruebas de saliva o de orina. Asimismo, se admitirán los resultados de otras pruebas con fluidos biológicos permitidos.

No obstante, lo anterior por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto exclusiones, con relación a las contenidas en esta cláusula, lo cual será establecido en las condiciones particulares, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

SECCIÓN D. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS

El Asegurado definirá el beneficiario de su póliza. En todo momento durante la vigencia de este contrato el Asegurado puede cambiar de beneficiario (s), notificándolo por escrito al Tomador del seguro quien lo reportará al Instituto y surtirá efecto a partir de que se haga conocimiento del asegurador.

Si hubiere varios beneficiarios designados y algunos de ellos fallecieran antes que el Asegurado, la suma asegurada correspondiente será distribuida entre los beneficiarios designados sobrevivientes en proporción a su respectivo porcentaje.

Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado o si éste hubiere fallecido sin designar beneficiarios, la indemnización se girará a la sucesión de éste.

Advertencia:

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

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

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

CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.



SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Con el fin de mantener actualizados los registros de los asegurados, el Tomador del seguro en forma mensual deberá entregar lo siguiente:

1. Un reporte de las variaciones registradas, dicho informe deberá presentarlo dentro de los primeros diez (10) días naturales de la fecha de prórroga siguiente ya sea mensual, trimestral, semestral o anual, según se establezca en las Condiciones Particulares. El reporte de variaciones contendrá la siguiente información:
 - i. **Inclusiones:** Fecha de ingreso al seguro, nombre completo, tipo y número de identificación, sexo, fecha de nacimiento, suma asegurada, dirección completa, dirección electrónica, teléfono (s) y beneficiarios designados. **Exclusiones:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, suma asegurada.
 - iii. **Cambios de monto asegurado y/o aporte:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, monto asegurado y/o aporte anterior y nuevo monto asegurado y/o aporte.

En el caso de disminución o aumento del monto asegurado, la nueva suma asegurada regirá a partir del día en que sea aceptada por el Instituto. En pólizas de forma de pago mensual, la fecha de inclusión del nuevo monto asegurado deberá coincidir con la fecha de pago mensual de la póliza, correspondiente al mes en que se realiza la modificación.

Todos los reportes por presentar mencionados anteriormente deberán ser entregados por los medios definidos y con la estructura de datos suministrada por el Instituto.

2. Entregar y recibir todo tipo de información y documentación necesaria para la inclusión de asegurados en la póliza colectiva.
3. Informar a los asegurados la participación de un intermediario de seguros cuando corresponda.
4. Informar a los asegurados si en la intermediación de la póliza participa una sociedad corredora de seguros e informar si esta actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el tomador, así como las obligaciones y responsabilidades de dicha sociedad corredora.
5. Cumplir con el número mínimo de asegurados especificado en Condiciones Particulares.

El incumplimiento de esta obligación faculta al Instituto a cancelar el contrato.

6. Deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los asegurados y reportarlos según corresponda.



7. Colaborar con el INS en comunicar al Asegurado con al menos cuarenta y cinco (45) días de antelación cuando por solicitud del Tomador esta póliza deba darse por terminada.
8. Cuando el tomador de un seguro colectivo decida unilateralmente cambiar el intermediario de seguros que administra la póliza colectiva contributiva, o sustituir su póliza colectiva contributiva por una nueva suscrita por un asegurador distinto o por el mismo asegurador, deberá comunicar a cada Asegurado, con al menos un mes de anticipación a la fecha efectiva del cambio.
9. En los casos en los que la inclusión a la póliza colectiva se da por ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, debe informar al asegurado de forma expresa y clara si la contratación es obligatoria o si resulta opcional para este.
10. El tomador se encuentra obligado a reponer al INS lo pagado al asegurado de buena fe, como consecuencia de los errores y las omisiones en las que incurrió el tomador.

CLÁUSULA XIII. INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del grupo asegurable que desee estar incluido en la póliza deberá completar la solicitud suministrada por el Instituto para tal efecto, junto con el formulario “Autorización para Consulta de Expediente” y las pruebas de asegurabilidad en caso de requerirse.

El Instituto analizará la solicitud y resolverá su aceptación o rechazo en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, a partir del momento en que todos los requisitos estén presentados.

Si la solicitud de inclusión es aceptada, el Instituto incorporará a la persona en el Registro de Asegurados y generará el certificado individual de seguro que se hará llegar al Asegurado. El solicitante quedará amparado a partir del día en que sea aceptado por el Instituto.

CLÁUSULA XIV. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

El Tomador del seguro debe garantizar que las personas que figuren en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza y las futuras inclusiones, pertenecen al grupo asegurado y reúnen los siguientes requisitos:

1. Edad: Las edades de contratación tanto de las coberturas básicas como de las adicionales, se indican en las Condiciones Particulares.
2. Tener una relación con el Tomador del seguro, creada independientemente de la constitución de la póliza.
3. Para la cobertura de Adelanto de la suma asegurada de la cobertura básica en caso de incapacidad total y permanente pagadera en una, doce o veinticuatro cuotas, el solicitante no se encuentre en ninguna de las siguientes condiciones independientemente de la edad:



- a. Está incapacitado total y permanentemente
- b. Está jubilado o pensionado
- c. No cuenta con una ocupación o trabajo remunerado.

En caso de que se determine que la persona posee alguna de dichas condiciones, se incorporará en una póliza que cuente únicamente con cobertura básica.

4. Presentar las pruebas de asegurabilidad al momento de la inclusión en la póliza o cuando se realice un aumento de Suma Asegurada. Esta condición aplica solo para aquellos miembros del grupo asegurados a quienes se les determine que la sumatoria de los montos asegurados en otras pólizas contratadas bajo la línea de Vida Colectiva, y Básica de Accidentes, excede en conjunto los límites establecidos en las Condiciones Particulares para montos de seguro sin dichos requisitos.

El límite máximo individual por persona se dispone en las Condiciones Particulares.

No obstante, lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar la modificación de lo establecido en esta cláusula, lo cual se indicará en las Condiciones Particulares.

La persona a la cual se le soliciten pruebas de asegurabilidad no será incluida en la póliza hasta que dichos exámenes sean valorados por el monto total y el riesgo esté aceptado por el Instituto, por lo cual en ninguna circunstancia se fraccionará el monto asegurado al momento de la suscripción del seguro.

CLÁUSULA XV. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

El Instituto emitirá un Certificado Individual de Seguro para cada Asegurado, en el cual detalla la información de la póliza en la que fue incluido, así como la descripción de coberturas, montos y beneficios a los que tiene derecho y las limitaciones de la póliza. Para las condiciones no especificadas en dicho documento, se aplicarán las indicadas en las Condiciones Generales.

CLÁUSULA XVI. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO

La reticencia o falsedad intencional por parte del Asegurado, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el Instituto hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras circunstancias, producirán la nulidad relativa o absoluta del contrato, según corresponda.

La declaración se considerará reticente cuando la circunstancia influyente sobre el riesgo es omitida, declarada en forma incompleta, inexacta, confusa o usando palabras de equivoco significado.

La declaración será falsa cuando la circunstancia es declarada de un modo que no corresponde a la realidad. El Instituto podrá retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio.



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 XVII. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTE EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO

El Instituto queda liberado de la obligación de indemnizar si demuestra que el Asegurado, declaró con dolo o culpa grave, en forma inexacta o fraudulenta la ocurrencia de un siniestro, hechos que de haber sido declarados correctamente podrían excluir, restringir o reducir esa obligación.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLAÚSULA XVIII. TARIFA DE SEGURO

La tarifa que se establece para esta póliza es la que se detalla en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XIX. PRIMA

Este seguro se basa en el pago anticipado del costo de seguro. El esquema de pago de primas en relación con la póliza aparece en las Condiciones Particulares. La primera prima inicia en la vigencia de la fecha de emisión de esta póliza y las siguientes son pagaderas periódicamente en los intervalos señalados en dichas condiciones. El costo de seguro especificado en las Condiciones Particulares corresponde a las coberturas contratadas. En el caso de que alguna de las coberturas adicionales sea cancelada, el costo de seguro se rebajará en este tanto.

La prima indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro incluye la comisión otorgada a su intermediario de seguros, en caso de que exista la figura. De igual manera se contempla una comisión de cobro por concepto de la gestión del tomador en la póliza conforme la Cláusula Comisión de Cobro de este contrato. La prima ya considera cualquier otro costo que pueda generarse en caso de que la persona asegurada decida optar por otro seguro, por lo que ante esta situación el Tomador no debe realizar cobros adicionales al asegurado.

CLÁUSULA XX. PAGO DE LAS PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, que podrá acreditarse también de manera fraccionada según la frecuencia escogida por el Tomador del seguro, a saber; mensual, trimestral o semestral, de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión o prórroga de esta póliza, los cuales se detallarán en las Condiciones Particulares.

Si el Tomador del seguro selecciona una forma de pago diferente de la anual deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, el cual será detallado en las Condiciones Particulares del contrato.

Los pagos de primas se podrán realizar en las Sucursales, Sede Virtual o Puntos de Venta del Instituto, los mismos deberán efectuarse en efectivo, tarjeta de crédito o débito, depósito o transferencia bancaria; sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez de este quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción.



En caso de incumplimiento en el pago de la prima, el INSTITUTO quedará facultado para aplicar dicho pago del componente del saldo del valor acumulado individual y en caso de que este resulte insuficiente podrá dar por terminado el contrato de seguros de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Se conviene que, 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 liquidación resultante.

CLÁUSULA XXI. PERIODO DE GRACIA

Se otorgará un período de gracia si el Valor Acumulado es insuficiente para cubrir el costo de seguro mensual. El período de gracia otorga treinta (30) días naturales desde el último día de actualización mensual, para el pago de una prima suficiente para mantener la póliza en vigor, hasta el próximo día de actualización mensual.

Si durante el período de gracia ocurre el fallecimiento del Asegurado existiendo un costo de seguro vencido y sin pagar, ésta será deducida de la suma asegurada pagadera.

No obstante, lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar la modificación de lo establecido en esta cláusula, lo cual se indicará en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XXII. COMISIÓN DE COBRO

Bajo la modalidad de contratación contributiva, el Instituto previa negociación con el Tomador del seguro, podrá reconocer un porcentaje de comisión de cobro por recaudación, el cual se indicará en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA XXIII. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

Cuando se dé una prórroga, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, indicadas en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro para adecuarlas mediante un estudio tarifario, que contempla los aspectos descritos en la Cláusula Descuentos y Recargos de este contrato.

En el caso específico de la prórroga el ajuste se realizará aplicando los criterios detallados en la Cláusula Descuentos y Recargos -siguiente-.

SECCIÓN G. DESCUENTOS Y RECARGOS

CLÁUSULA XXIV. DESCUENTOS Y RECARGOS



El Instituto puede otorgar los siguientes descuentos y/o recargos a la tarifa en el momento de la emisión o prórroga:

1. Descuento por volumen de Suma Asegurada:

Este descuento se aplica en beneficio del pagador de la póliza sobre el Costo del Seguro.

Desde	Hasta	% Descuento
¢525.000.000 o US\$ 950.000	¢2.599.999.999 o US\$4.726.999	2,5%
¢2.600.000.000 o US\$4.727.000	En adelante	5,0%

La aplicación de este descuento es independiente del tipo de grupo asegurado.

2. Descuento por volumen de Personas Aseguradas:

Este descuento se aplica en beneficio del pagador de la póliza sobre el Costo del Seguro.

Desde	Hasta	% Descuento Grupo Natural (Hasta)	% Descuento Otros Grupos (Hasta)
25	899	10%	5%
900	9.999	12.5%	7.5%
10.000	50.000	15%	10%
Más de 50000		20%	15%

Los descuentos por volumen de suma asegurada y por volumen de personas aseguradas son excluyentes entre sí, prevalecerá el descuento que sea mayor.

3. Descuentos o recargos por experiencia siniestral cuando amerite:

Las Áreas de Suscripción procederán a calcular la razón entre los siniestros incurridos, esto es, los siniestros pagados más los que están pendientes de pago, más los siniestros incurridos y no reportados (OYNR) dividido entre la prima totalmente devengada de ese contrato específico.

Los siniestros pagados y pendientes corresponden a los siniestros incurridos en el período de análisis. Se entenderá como primas totalmente devengadas aquellas primas donde ha transcurrido el período de protección pactado con el Asegurado, de forma que la Aseguradora las haya dado como ganadas. Dichas primas no contemplan el impuesto correspondiente.



El período de análisis corresponde al valor en años completos de antigüedad del asegurado con el contrato específico en análisis y si es un período en curso se estima.

Al determinar el índice de siniestralidad se aplicará un recargo o un descuento según el porcentaje definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

4. **Recargo por actividad ocupacional:** El Instituto podrá aplicar un recargo basado en el riesgo incrementado que represente la actividad económica u ocupacional del grupo asegurado en función del monto asegurado.
5. **Recargo o descuento por actualización tarifaria en función del riesgo y/o modificación del esquema de cargos comerciales:** Cuando se dé una prórroga, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, indicadas en las Condiciones Particulares, para adecuarlas mediante un estudio tarifario derivado de lo siguiente:
 - a) **Actualización del riesgo:** Se contempla la edad alcanzada de las personas aseguradas según sexo, la suma asegurada, la cantidad de asegurados mínima negociada y establecida en las Condiciones Particulares y la experiencia siniestral en esta póliza de seguro, inclusión de nuevas coberturas a solicitud del Tomador o cualquier otro factor que incremente el riesgo.

El cálculo del índice de siniestralidad se realiza de conformidad con lo estipulado en el punto 3 de la presente cláusula *“Descuentos o recargos por experiencia siniestral cuando amerite”*.

- b) **Modificaciones de los esquemas de cargos comerciales en general:** Cuando se modifique el esquema de cargos comerciales (costo de administración, costo de distribución, comisión de cobro o utilidad) debido a la actualización de rubros tomados en cuenta para la tarificación, dicha variación se verá reflejada en la prima.

Los ajustes correspondientes se aplican a la tarifa colectiva, es decir, no se realizarán ajustes basados en alguna condición individual de un asegurado en particular.

La modificación en primas se aplicará en caso de prórroga del contrato.

6. **Recargo por limitación en la aplicación de la cláusula de disputabilidad:** se podría aplicar un recargo en la prima individual de riesgo de los asegurados extranjeros debido a la limitación que tiene el Instituto en la aplicación de la cláusula de disputabilidad, por el hecho de que no se cuenta en el país con información médica y clínica que pueda ser investigada.

El recargo se define de la siguiente forma: 20% si la persona extranjera tiene 5 o menos años de vivir en el país, un 10% si tiene más de 5 años y menos de 10 años de vivir en el país y 0% si tiene 10 años o más de residencia.

7. **Recargos por Cancelación del Contrato:** En caso de cancelación, o no prórroga del contrato por parte del tomador de seguro, el Instituto aplicará cargos sobre el Valor



Acumulado a la fecha de retiro, cancelación o no prórroga, según se desglosa en la tabla adjunta. Tales cargos se calcularán sobre el Valor Acumulado Global a la fecha del retiro, o no prórroga, menos el monto del fondo de constitución, siempre que no se haya negociado el reconocimiento de una comisión adicional derivada del aporte de ese fondo. El Valor Acumulado Global corresponde a la suma de la totalidad del fondo de todos los asegurados.

Año	Recargo %
1	8
2	5
3	4
4	3
5	2
6	2
7	1,5
8	1,5
9	1
10	1

No obstante, lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto alguno de los descuentos y recargos establecidos.

SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS

El Asegurado, el Tomador del Seguro o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la ocurrencia del evento al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación. Los requisitos para la presentación de la solicitud de indemnización estarán indicados en la cláusula Procedimiento en caso de siniestro -siguiente-, de acuerdo con las coberturas que el Tomador del Seguro haya escogido.

CLÁUSULA XXV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de la indemnización al amparo en caso de Muerte o Muerte Plus (ASA y Gastos Funerarios), el Tomador del seguro y/o el Beneficiario deberán presentar al Instituto los requisitos que se enumeran de seguido en un plazo no mayor de noventa (90) días naturales después de conocer el evento:

1. Notificación (carta o correo electrónico) del Tomador del seguro o el asegurado solicitando la indemnización, indicando el nombre completo del asegurado, número de cédula o del documento de identificación, número de certificado, fecha de inclusión en la póliza, suma asegurada a la fecha del siniestro y copia del documento mediante el cual el asegurado hizo la designación de beneficiarios (cuando corresponda).
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del asegurado.
3. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del (los) beneficiario (s).



4. Boleta de autorización para revisión o reproducción de expedientes clínicos, debidamente firmada por el asegurado o beneficiario (cuando corresponda), con el fin que el Instituto recopile la(s) historia(s) clínica(s).
5. Manifestación escrita del asegurado sobre los centros médicos donde fue atendido en el transcurso de su vida.
6. Número de cuenta IBAN del asegurado o en su defecto número de cuenta IBAN del beneficiario (solo cuando corresponda).
7. Certificado oficial de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa del fallecimiento.
8. En caso de recibir servicios médicos privados, debe aportar certificados médicos emitidos por profesionales incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos respectivo, donde se anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.
9. Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar:
 - a. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció.
 - b. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Los documentos antes indicados deben entregarse con el debido proceso de certificación consular.

- ~~10. Indicación del lugar o dirección de correo electrónico donde el Tomador del seguro y/o el Beneficiario recibirán las notificaciones que el Instituto le envíe.~~
11. Certificado médico que indique el diagnóstico, condición actual y evolución de la enfermedad, incluyendo estudios clínicos, estudios radiológicos y estudios histológicos y/o de laboratorio.
12. Reporte de Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética o exámenes similares que evidencien la existencia de apoplejía o de infarto del tejido cerebral o hemorragia subaracnoidea o intracraneal. (Solo cuando el diagnóstico es Enfermedad Cerebro Vascular).

Cuando para resolver la amparabilidad del reclamo y de conformidad con la cobertura afectada, sea indispensable contar con una sentencia judicial, el beneficiario deberá presentar una copia certificada de la misma.

No obstante, lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar la modificación de lo establecido en esta cláusula, lo cual se indicará en las Condiciones Particulares.

Para solicitar el pago de la indemnización al amparo de la cobertura de pago adelantado de la suma asegurada en caso de incapacidad total y permanente, el Tomador del seguro y/o el Beneficiario deberán presentar al Instituto los requisitos que se enumeran de seguido en un plazo no mayor de noventa (90) días naturales después de conocer el evento:

1. Notificación (carta o correo electrónico) del Tomador del seguro o el asegurado solicitando la indemnización, indicando el nombre completo del asegurado, número de



- cédula o del documento de identificación, número de certificado, fecha de inclusión en la póliza y suma asegurada a la fecha del siniestro.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del asegurado.
 3. En caso de que la incapacidad sea consecuencia de un accidente que haya dado lugar a la apertura de un proceso judicial, se deberá aportar copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre con sus respectivos resultados.
 4. Certificado médico extendido por la autoridad competente (C.C.S.S., INS, Poder Judicial) en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, el asegurado perdiera el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad general orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual por medio de la cual genera ingresos y se indique que la incapacidad se otorga NO SUJETA A REVISION. Dicho certificado debe contener el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.
 5. Manifestación escrita del asegurado sobre los centros médicos donde fue atendido en el transcurso de su vida.
 6. Boleta de autorización para revisión o reproducción de expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Clínica de Medicina Legal, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros centros o clínicas, debidamente firmada por el asegurado, con el fin de que el Instituto recopile la (s) Historia (s) Clínica (s) para el análisis del reclamo.
 7. En caso de recibir servicios médicos privados, debe aportar certificados médicos emitidos por profesionales médicos que le han atendido, incorporados al Colegio Profesional respectivo, donde anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.
 8. Número de cuenta IBAN del asegurado.

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 para resolver la amparabilidad del reclamo y de conformidad con la cobertura afectada, sea indispensable contar con una sentencia judicial, el beneficiario deberá presentar una copia certificada de la misma.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar los requisitos para el trámite de indemnizaciones, tanto de las coberturas anteriores como de la cobertura de Otros riesgos Adicionales que puedan ampararse, los cuales se establecerán en las Condiciones Particulares, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA XXVI. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La indemnización pagada al amparo de esta póliza será girada en su totalidad:

1. En caso de muerte al o los beneficiarios designados por el Asegurado o en su defecto a la sucesión.



2. A los asegurados, en caso de incapacidad total y permanente, cobertura de otros riesgos adicionales o cualquier otra negociada distinta a la cobertura básica de Muerte o Muerte Plus.

CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN 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 solicitud, acompañada de todos los requisitos, para que el INS analice la reclamación que realice el Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario.

El Instituto efectuará el pago, cuando corresponda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la notificación de resolución que acoge la solicitud de pago de la suma asegurada.

Para consultas sobre el trámite de los reclamos presentados, el Instituto dispone de los siguientes medios:

Por teléfono al número 800-TeleINS (800-8353467).

O bien puede escribir la consulta al correo contactenos@grupoins.com

CLÁUSULA XXVIII. DECLINACIÓN APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará mediante resolución razonada por escrito al Tomador, al Beneficiario o al Asegurado la resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

En caso de no estar conforme con lo resuelto, el Tomador, Beneficiario o el Asegurado puede presentar Recursos de Revocatoria y/o Apelación, ambos deberán ser presentados ante la instancia que emitió la resolución, y en el caso, de tratarse de un Recurso de Apelación la dependencia que lo recibe lo remitirá ante el órgano competente para resolver.

Para el análisis deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes.

CLÁUSULA XXIX. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL

El asegurado se pondrá en contacto con el servicio accedando la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o a través de la página medicinavirtual.ins-cr.com, mediante las cuales podrá solicitar el beneficio correspondiente.

La APP INS 24/7 está disponible para Android e IOS y para su utilización se requiere una cuenta que puede ser creada directamente desde dicha aplicación, con tan solo ingresar tipo y número de identificación, nombre completo, número telefónico y dirección de correo electrónico.



SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

CLÁUSULA XXX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite como un seguro Colectivo Anual Prorrogable.

Este seguro colectivo constituye una modalidad de seguro por cuenta ajena.

Respecto al Tomador del seguro, la vigencia se establece por un año que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, y terminará el día de la fecha del aniversario siguiente, entendiéndose prorrogable tácita e indefinidamente por períodos anuales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con al menos noventa (90) días naturales de antelación al vencimiento.

El asegurador aplicará la prórroga en tanto se cancele la prima determinada mediante estudio tarifario de conformidad con los parámetros de la cláusula Descuentos o Recargos de este contrato.

En caso de que el Tomador del seguro no efectúe la prórroga de la póliza, éste tendrá la obligación de pagar los siniestros ocurridos con anterioridad a la finalización de la vigencia de ésta, quedando en este caso excluidos los siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

CLÁUSULA XXXI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza para el Tomador del seguro finalizará automáticamente por:

1. Incumplimiento de cualquiera de las obligaciones estipuladas en la Cláusula Obligaciones del Tomador del Seguro de este contrato.
2. Inobservancia de cualquier obligación derivada de la Ley 7786 Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo, y sus reformas y la normativa que la complementa.
3. No se cumpla con el número mínimo de asegurados especificado en Condiciones Particulares

CLÁUSULA XXXII. FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS

La cobertura básica para el Asegurado finalizará automáticamente cuando:

1. Su relación con el Tomador del seguro.
2. Se otorgue la cobertura de pago adelantado de la suma asegurada en la cobertura básica, en caso de incapacidad total y permanente (BI-1, BI-12 y BI-24).
3. Por falta de pago de primas según lo establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
4. Se cancele el contrato de seguros



5. No se cumpla con el número mínimo de asegurados especificado en Condiciones Particulares.
6. Cuando el Valor Acumulado no sea suficiente para pagar el costo del seguro.

Para todas las Cobertura Adicionales:

1. Se otorgue la cobertura de pago adicional de la suma asegurada en la cobertura básica, en caso de Incapacidad total y permanente BI-1, BI-12 y BI-24.
2. Se excluya del contrato la cobertura adicional.
3. Se indemnice la Cobertura Básica (Muerte Accidental o no Accidental, Muerte Plus)

No obstante, lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar modificar o dejar sin efecto alguna de las condiciones anteriores, lo cual será establecido en las Condiciones Particulares, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA XXXIII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Si el Tomador decide no mantener el seguro, deberá comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con noventa (90) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación.

Con al menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la fecha de cancelación, el Instituto informará a los Asegurados la terminación de la póliza.

Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada por concepto de costo de seguro a corto plazo y por el plazo transcurrido, debiendo reembolsar al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada, calculada como la prima pagada menos la prima de corto plazo, si el resultado es positivo. En este caso los porcentajes devengados sobre la prima son los siguientes:

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o prórroga hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	16%
Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	25%
Más de 35 hasta 65 días naturales	35%
Más de 65 hasta 95 días naturales	44%
Más de 95 hasta 125 días naturales	52%
Más de 125 hasta 155 días naturales	60%
Más de 155 hasta 185 días naturales	67%
Más de 185 hasta 215 días naturales	74%
Más de 215 hasta 245 días naturales	80%
Más de 245 hasta 275 días naturales	86%
Más de 275 hasta 305 días naturales	91%
Más de 305 hasta 335 días naturales	96%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

Para efectos de Fondo Ahorro serán aplicados los recargos indicados en la Cláusula de Recargos y Descuentos del presente contrato.



Cuando corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXIV. EDAD Y SEXO

1. Edades de contratación y cobertura:

La edad en la que se puede contratar este seguro y sus coberturas es la del más próximo cumpleaños y se establece de la siguiente forma:

Coberturas	Edades de contratación y de cobertura
Básica Muerte o Muerte Plus	15 en adelante
Pago adelanto de la Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente pagadera en una cuota	15 en adelante
Otros riesgos adicionales	15 en adelante

Sin embargo, por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar las edades de contratación a solicitud del Tomador, por lo cual las indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XXXV. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o anulación, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones. Si el Tomador del seguro no desea continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales. Esto de acuerdo con lo indicado en el artículo 23 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

CLÁUSULA XXXVI. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

El Tomador del seguro y/o el Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplir con la Política Conozca a su Cliente, asimismo se compromete a realizar la actualización de los documentos, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Tomador del seguro y/o el asegurado incumpla con esta obligación o cualquier otra obligación derivada de la Ley 8204 Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y sus reformas y la normativa que la complementa. El Instituto devolverá la prima no devengada o el valor acumulado si lo hubiera, en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.



CLÁUSULA XXXVII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre el Asegurado y/o Tomador, el Beneficiario y el Instituto, se efectuarán en la moneda en que se haya pactado el Contrato de seguro -ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses- y quedará especificado en las Condiciones Particulares.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

CLÁUSULA XXXVIII. VALOR ACUMULADO PARA CADA ASEGURADO

El Valor Acumulado para cada Asegurado, al día de actualización mensual, se determinará de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- a. Valor Acumulado del día de actualización mensual que antecede, menos el costo de seguro mensual asociado a la porción de mes cubierto, menos los impuestos, hasta al día de actualización mensual.
- b. Más los intereses correspondientes al Valor Acumulado conforme al punto anterior, por el período comprendido desde el día siguiente al de actualización mensual que antecede, hasta el día de actualización mensual.
- c. Más todas las primas y aportes obligatorios y voluntarios recibidos desde el día posterior al día de actualización mensual que antecede hasta el día de actualización mensual.
- d. Más los intereses correspondientes a los rubros mencionados en el punto c. por el período comprendido, desde el día siguiente de la transacción, hasta el día de actualización mensual.
- e. Menos los retiros del valor acumulado y los cargos aplicados por estos retiros realizados, desde el día posterior al día de actualización mensual que antecede, hasta el día de actualización mensual.
- f. Menos los intereses correspondientes a los rubros mencionados en el punto e. por el período comprendido desde el día siguiente de la transacción hasta el día de actualización mensual.

1. Estado de cuenta

Al finalizar el mes se efectuarán todos los movimientos que afectan a la póliza y estará disponible un estado de cuenta indicándole al Asegurado todos los movimientos efectuados, así como el saldo de su Valor Acumulado.



2. Aportes Voluntarios al Valor Acumulado Individual

El Asegurado podrá realizar aportes voluntarios al Valor Acumulado en todo momento mientras la póliza esté vigente y sea aceptado por el Instituto.

3. Valor Acumulado Insuficiente Individual

En cada fecha de actualización mensual de la póliza, si el Valor Acumulado es insuficiente para cubrir el costo de seguro mensual adeudado, la póliza será terminada según lo indicado en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cuando el Valor Acumulado no sea suficiente para pagar el costo del seguro, el Instituto notificará al Asegurado a través del Estado de Cuenta mensual, aplicando lo que establece el artículo 37 – Mora en el pago, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. El Instituto no entregará ningún tipo de liquidación o pago a causa de esta cancelación.

4. Tasa de interés

El Instituto reconocerá al Asegurado hasta un noventa por ciento (90%) de los rendimientos que se obtenga por la colocación del Valor Acumulado, en el mercado financiero.

El Instituto invertirá este Valor acumulado en alguno de los siguientes valores:

- a. Títulos de deuda seriados emitidos por Ministerios de Hacienda, o sus homólogos y bancos centrales.
- b. Títulos de deuda seriados emitidos por entidades financieras.
- c. Títulos estandarizados de deuda corporativa.
- d. Títulos de deuda seriados emitidos por organismos bilaterales y multilaterales.
- e. Cuotas de participación en fondos de inversión. Se exceptúan los fondos de cobertura o de gestión alternativa.
- f. Valores individuales de deuda, emitida por entidades financieras supervisadas por la Superintendencia General de Entidades Financieras, el Banco Central o entidades homólogas del exterior.
- g. Operaciones realizadas en la plataforma de captación electrónica del Banco Central de Costa Rica (Central Directo).
- h. Operaciones de recompra y reportes, realizados en los recintos y bajo las regulaciones establecidas por las bolsas de valores autorizadas por la Superintendencia General de Valores, en tanto el activo financiero subyacente cumpla con los requisitos indicados en el reglamento y se mantenga posiciones de venta a plazo.

Lo anterior, según el Artículo 33 del Reglamento de Solvencia de Entidades de seguros y reaseguros

CLÁUSULA XXXIX. RETIROS DEL VALOR ACUMULADO

Cada Asegurado puede solicitar retiros del Valor Acumulado de su póliza durante la vigencia de esta y antes de la terminación del contrato. Dado que el contrato es prorrogable, el Valor Acumulado Individual puede permanecer vigente tantos años como prórrogas realicen el Tomador y/o asegurado; en caso de que el asegurado no pague las primas correspondientes,



el contrato se prorrogará automáticamente siempre que el Valor Acumulado sea suficiente para el pago del costo de seguro asociado a las coberturas contratadas o hasta la edad máxima de contratación.

El monto por pagar en la fecha del retiro será el monto solicitado del Valor Acumulado Individual respectivo del asegurado, menos el cargo de retiro aplicable.

Cuando se efectúa un Retiro:

- a. El monto del Retiro se deducirá del Valor Acumulado Individual.
- b. El monto del Retiro no excederá el Valor Acumulado Individual de la póliza.

El número de retiros será limitado a cuatro (4) para cada asegurado por año póliza. El Instituto tiene un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de que el mismo es recibido en las oficinas de la aseguradora para hacer efectivo al Asegurado el pago del retiro del Valor Acumulado solicitado.

Si el Asegurado efectúa retiros del Valor Acumulado durante la vigencia del seguro, el Valor Acumulado podría ser insuficiente para mantener el seguro vigente a la edad de finalización de la cobertura individual.

Para evitar la cancelación del seguro por insuficiencia del Valor Acumulado a causa de los retiros a éste, el Asegurado puede realizar aportes extraordinarios, con el fin de mantener un Valor Acumulado suficiente para pagar los costos de seguro, hasta la edad de finalización de la cobertura.

Cargo por retiro

Si el Asegurado efectúa un retiro total o parcial del Valor Acumulado durante la vigencia de la póliza, se aplicará un cargo sobre ese monto, según lo indicado en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar los alcances de esta cláusula, así como cargos por retiro, a solicitud del Tomador de Seguro, por lo cual lo indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XL. 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

CLÁUSULA XLI. PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados de este contrato de seguro prescriben en un plazo de (4) cuatro años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.



CLÁUSULA XLII. SUBROGACIÓN

El Asegurado o beneficiario cederán al Instituto sus derechos, privilegios y acciones de cobro contra terceros responsables del siniestro, hasta la suma indemnizada. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto atribuible al Beneficiario, el Instituto podrá requerirle el reintegro de la suma indemnizada.

CLÁUSULA XLIII PRUEBA DE SINIESTRO Y DEBER DE COLABORACIÓN

El asegurado o el tomador de la póliza, según corresponda, deberán demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro. Asimismo, deberán colaborar con el Instituto en la comprobación y demás diligencias que requiera el procedimiento indemnizatorio.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad del Instituto de constatar circunstancias relacionadas con el evento liberará a este de su obligación de indemnizar.

El Instituto podrá demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyen su responsabilidad o reducen la cuantía de la pérdida alegada por la persona asegurada o por el tomador de la póliza, según corresponda.

CLÁUSULA XLIV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

- a) **Contributiva:** Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- b) **No Contributiva:** El Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

La modalidad contratada en esta póliza se refleja en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XLV. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Instituto llevará el registro que incluirá los siguientes datos:

1. Para el Tomador del seguro: nombre o razón social, tipo y número de identificación, actividad económica, dirección exacta, teléfono (s), dirección electrónica, y la cantidad de personas que integran el grupo asegurado.
2. Para cada uno de los Asegurados: nombre completo, tipo y número de identificación, sexo, fecha de nacimiento, dirección exacta, teléfono (s), dirección electrónica, suma asegurada, vigencia, fecha en que entran en vigor los seguros, y números de los certificados individuales.
3. Previo al vencimiento anual de la póliza, el Instituto remitirá al Tomador de Seguro, en el plazo negociado que se indicará en Condiciones Particulares, el reporte completo de las personas aseguradas, indicando para cada uno: Nombre completo del Asegurado,



número de identificación, sexo, número de certificado y suma asegurada individual; así como el monto asegurado total a fin de mantener actualizada la nómina de asegurados. El Tomador de seguro en un plazo estipulado en Condiciones Particulares deberá validar la información y si corresponde solicitar las modificaciones respectivas.

CLÁUSULA XLVI. CESION

El Instituto no reconocerá cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga el Asegurado o el Tomador, salvo previa autorización de la entidad aseguradora.

SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y el Asegurado y/o los beneficiarios, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, 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 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 XLIX. 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 del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011, así como sus Reglamentos, el Código Civil y el Código de Comercio.

SECCIÓN L COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA L. COMUNICACIONES

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación la cual será enviada por correo electrónico, medios de comunicación a distancia, correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el mismo en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Tomador del seguro y/o el Asegurado deberán reportar por escrito al Instituto todo cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico proporcionados por el Asegurado y/o Tomador del seguro.

En caso de que el Asegurado y/o Tomador no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley N° 8687 Notificaciones Judiciales, de 04 de diciembre de 2008 y demás legislación aplicable.

CLÁUSULA LI. DOMICILIO CONTRACTUAL



Es la dirección anotada por el Asegurado o el Tomador del seguro en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA LII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL 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 **P14-26-A01-843 V4 de fecha 20 de enero del 2024.**