

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL PLUS CONTRATO TIPO

ÍNDICE

SECCIÓN A. DEFINICIONES.....	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES.....	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	8
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	8
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA	9
CLÁUSULA III. COBERTURAS.....	9
CLÁUSULA IV. COBERTURA BÁSICA MUERTE O MUERTE PLUS.....	9
CLÁUSULA V. COBERTURAS ADICIONALES	10
CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA	11
CLÁUSULA VII. PERÍODOS DE CARENCIA.....	12
CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD.....	12
CLÁUSULA IX. EXCLUSIONES.....	13
CLÁUSULA X. DERECHO DE CONVERSIÓN	14
SECCIÓN D. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS	15
CLÁUSULA XI. BENEFICIARIOS	15
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.....	16
CLÁUSULA XII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	16
CLÁUSULA XIII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL QUE DEBE CUMPLIR EL TOMADOR	17
CLÁUSULA XIV. DOCUMENTOS QUE DEBE CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO Y/O TOMADOR	18
CLÁUSULA XV. RETICENCIA O FALSEDAD EN LA DECLARACIÓN DEL RIESGO	18
CLÁUSULA XVI. DECLARACIÓN INEXACTA O FRAUDULENTA EN LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO.....	19
CLÁUSULA XXVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE	19
SECCIÓN F. PRIMAS.....	19
CLÁUSULA XVIII. PRIMA	19
CLÁUSULA XIX. PAGO DE LAS PRIMAS	19
CLÁUSULA XX. PERÍODO DE GRACIA.....	20
CLÁUSULA XXI. COMISIÓN DE COBRO.....	20
SECCION G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRORROGA O RENOVACION.....	20
CLAÚSULA XXI. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN.....	20
SECCIÓN H. DESCUENTOS Y RECARGOS	21
CLAÚSULA XXII. TARIFA DE SEGURO	21
SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	24
CLÁUSULA XXIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	24
CLÁUSULA XXIV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....	26
CLÁUSULA XXV. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	27
SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	27
CLÁUSULA XXVI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	27
CLÁUSULA XXVII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA POLIZA.....	27
CLÁUSULA XXVIII. FECHA DE EMISIÓN	28



CLÁUSULA XXIX. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.....	28
CLÁUSULA XXX. FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS PARA CADA ASEGURADO.....	29
SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS.....	30
CLÁUSULA XXXI. EDAD Y SEXO.....	30
CLÁUSULA XXXII. REINCLUSIÓN DEL SEGURO POR PARTE DE UN ASEGURADO.....	30
CLÁUSULA XXXIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	31
CLÁUSULA XXXIV. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	31
CLÁUSULA XXXV. VALOR ACUMULADO PARA CADA ASEGURADO.....	31
CLÁUSULA XXXVI. RETIROS DEL VALOR ACUMULADO.....	33
CLÁUSULA XXXVII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	34
CLÁUSULA XXXVIII. PRESCRIPCIÓN.....	34
CLÁUSULA XL. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN.....	34
CLÁUSULA XLI. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	34
CLÁUSULA XLII. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO.....	35
CLÁUSULA XLIII. CESION.....	35
SECCIÓN L. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	35
CLÁUSULA XLIV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	35
CLÁUSULA XLV. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	35
SECCIÓN M COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	36
CLÁUSULA XLVI. COMUNICACIONES.....	36
CLÁUSULA XLVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.....	36
SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO.....	36
CLÁUSULA XLVIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS...	36



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 y Anexos 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.

Firma representante legal

Instituto Nacional de Seguros

Cédula Jurídica 400000-1902-22



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, violenta, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
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 por el Tomador del Seguro y aceptada por el Instituto.
4. **Aniversario – Póliza:** Fecha de cada aniversario de la emisión de la póliza y/o fecha de inclusión del asegurado.
5. **Aportes voluntarios:** Corresponde al monto de ahorro aportado por cada asegurado de la póliza en exceso del aporte de ahorro obligatorio.
6. **Aportes obligatorios:** Suma mínima en exceso del costo del seguro, la cual paga el Asegurado para la constitución del Valor Acumulado.
7. **Beneficiario (s):** Persona (s) designada (s) por el Asegurado a quien (es) se le (s) reconoce el derecho de percibir el total o la proporción indicada por el asegurado de la indemnización derivada de esta póliza.
8. **Cargo por Retiro:** Es el monto que el Instituto deduce del monto de retiro del Valor Acumulado solicitado por el Asegurado.
9. **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.
10. **Costo Mensual del Seguro:** Es el costo de seguro conforme las coberturas seleccionadas.



- 11. 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.
- 12. Disputabilidad:** Cláusula que permite al Instituto disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas del asegurado, así como por enfermedades preexistentes no manifestadas al perfeccionarse el contrato, a partir de la fecha de inclusión del asegurado.
- 13. Enfermedad No Oncológica:** 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 al menos dos de los criterios establecidos según la siguiente lista:
- a. Enfermedad cardiovascular:**
- Disnea clase IV de la NYHA y/o angina con Insuficiencia Cardíaca secundaria
 - Fracción de eyección $\leq 20\%$ (menor o igual al 20%)
 - Persistencia de síntomas a pesar de tratamiento adecuado
 - Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento
 - Antecedente de síncope, Infarto agudo de miocardio o arritmias sintomáticas.
- b. Enfermedad pulmonar:**
- Enfermedad pulmonar documentada por disnea de reposo clase IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
 - Volumen forzado espiratorio (FEV1) después de broncodilatador menor al 30% de lo previsto.
 - Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias debido a infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias.
 - Hipoxemia pO_2 55 mm/Hg en reposo con aire ambiente o $SatO_2$ 88% con O_2 suplementario o hipercapnia, PCO_2 50 mmHg o más.
 - Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
 - Hipertensión pulmonar documentada, disnea de mínimos esfuerzos.
 - Taquicardia de >100 ppm en reposo
- c. Enfermedad hepática:**
- Albúmina < 2.8 gr/dl
 - T de protrombina $< 30\%$ (menor al 30%)
 - Hipertensión portal documentada
 - Bilirrubina sérica de 3 mg/dl o más
 - INR > 1.5
 - Presencia de al menos uno de los síntomas comórbidos: encefalopatía, ascitis, síndrome hepato renal y sangrado digestivo

**d. Enfermedad renal:**

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

e. Esclerosis Lateral Amiotrófica:

Evidencia clínica de compromiso de una de las siguientes funciones:

- i. Capacidad ventilatoria
- ii. Estado funcional
- iii. Capacidad de deglución

f. Otras enfermedades de Neurona Motora:

- i. Diagnóstico y clínica de enfermedad neurológica de neurona motora (determinadas mediante pruebas de gabinete que apoyen el diagnóstico)
- ii. Progresión clínica de la enfermedad documentada

g. Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida:

- i. Diagnóstico clínico de SIDA
- ii. Antecedente de infección oportunista de fondo
- iii. Carga Viral > 100.000/ml
- iv. Conteo de CD4 menor de 25 células/ul

h. Síndromes demenciales y enfermedad cerebro vascular:

- i. Edad >65 años
- ii. Estado funcional Barthel menos de 50 puntos
- iii. Deterioro cognitivo grave (Minimental < 14)
- iv. Escala FAST (Functional Assesment Staging) > 7
- v. Presencia de complicaciones tales como: enfermedades comórbidas, infecciones a repetición (urinaria, respiratoria), uso de oxígeno suplementario, pielonefritis, sepsis
- vi. Desnutrición (pérdida < 10% de peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses o IMC <= 18,5 y/o Albúmina < 2.5 g/dl)
- vii. Claudicación familiar
- viii. Presencia de por lo menos una úlcera por presión grado 4, o dos o más úlceras por presión grado 3

i. Enfermedad Arterial Periférica

- i. Dolor severo en reposo del miembro afectado
- ii. Isquemia o Gangrena de un miembro afectado

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social



- 14. Enfermedad Oncológica:** Se entiende como aquella enfermedad 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 local o a distancia, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.
- 15. 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.
- 16. Grupo asegurable:** Conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, constituido previa e independientemente a la contratación de esta póliza.
- 17. Incapacidad total y permanente:** Se entiende como incapacidad total y permanente la que cumpla con las siguientes condiciones:
- a) Se produzca como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de esta póliza.
 - b) Que el Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.
 - c) Que la incapacidad no esté sujeta a revisión.
- No obstante, lo anterior, el Instituto reconocerá como incapacidad total y permanente los siguientes casos:
- i. La pérdida completa e irrecobable de la vista de ambos ojos.
 - ii. La pérdida total y permanente, por amputación de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.
- 18. 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.
- 19. Período de Carencia:** Período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión a la póliza, durante el cual el reclamo no procede.
- 20. 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.



- 21. 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.
- 22. 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.
- 23. Reinclusión:** Consiste en la reinclusión del Asegurado dentro de la póliza colectiva, brindándose una continuidad del seguro anterior.
- 24. 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.
- 25. Retiro del Valor Acumulado:** Es la opción que tiene el Asegurado de retirar dinero del Valor Acumulado Individual.
- 26. Suma Asegurada:** Es el monto especificado de la sumatoria de las coberturas contratadas, el cual se detalla en las Condiciones Particulares de esta póliza.
- 27. Tomador del seguro:** Persona física o jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado
- 28. 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.
- 29. 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.
- 30. 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, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, Certificado, Adenda y boleta de autorización de expedientes.

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

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. COBERTURAS

La cobertura básica de este producto corresponde al riesgo de muerte accidental y muerte no accidental del Asegurado o Muerte Plus.

En caso de indemnización por cualquiera de las coberturas básicas el Instituto le girará adicionalmente el Valor Acumulado disponible a la fecha y cancelará el seguro individual.

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 contratadas en las Condiciones Particulares.

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.

CLÁUSULA IV. COBERTURA BÁSICA MUERTE O MUERTE PLUS

Cobertura de Muerte: El Instituto cubrirá la suma asegurada para el riesgo de Muerte más el Valor Acumulado en los casos que corresponda, 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 oncológica o no oncológica se le adelanta hasta el máximo de la suma asegurada de la cobertura básica según el porcentaje o monto indicado en las condiciones particulares.



En caso de fallecer el Asegurado, se otorgará un adelanto de la suma asegurada para los gastos funerarios de hasta un veinte por ciento (20%) o un monto fijo que no excederá los dos millones de colones (¢2.000.000) o cuatro mil dólares (\$4.000,00), según se haya definido en las Condiciones Particulares del seguro.

Las sumas giradas por estas coberturas (Gastos Funerario y A.S.A.) 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 plus, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.

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 Asegurado 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 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 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, tal como está definida en las Condiciones Particulares de la póliza.

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 irrecobrable 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 de una mano y un pie por amputación en la muñeca y el tobillo o arriba de ellos.
3. 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.

Esta cobertura ampara las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo Asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial, el cual será detallado en las Condiciones Particulares.

Adicionalmente, el Instituto podrá amparar, previa valoración, alguna de las exclusiones estipuladas en esta póliza si así se indicara expresamente en las Condiciones Particulares. Esta cobertura brinda protección a riesgos que estén directamente relacionados con la ocupación y actividades que practica el grupo Asegurado y que no están amparados en ninguna de las otras coberturas o exclusiones detalladas en esta póliza.

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.

CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada respecto a cada Asegurado será la que se indique en los reportes enviados por el Tomador del seguro y sea aceptada por el Instituto, referente a las coberturas contratadas, sobre la cual se ha efectuado el pago del costo del seguro, de acuerdo con las especificaciones que, para tal efecto, se 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 de este contrato.

CLÁUSULA VII. PERÍODOS DE CARENCIA

1. Carencia por SIDA

El Instituto no pagará la suma asegurada indicada en caso de que la muerte sea causada, directa o indirectamente, por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), durante los primeros dos (2) años a partir de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

Asimismo, este período se inicia cada vez que el asegurado se reincluya, según lo contempla la Cláusula de Reinclusión.

Todo aumento de la suma asegurada que se efectúe después de la inclusión del asegurado en la póliza activará el período de carencia por la diferencia del incremento de la suma asegurada desde la fecha de tales ajustes, por el plazo que se indicó anteriormente y hasta por la suma asegurada de tal aumento.

2. Suicidio

En el primer año de inclusión del asegurado en la póliza el Instituto no indemnizará si la muerte ocurre por causa de suicidio. No obstante, se devolverá el Valor Acumulado a la fecha de la muerte.

Asimismo, este período se inicia cada vez que el asegurado se reinstale, según lo contempla la Cláusula de Reinclusión.

En cada fecha que se realice un aumento de la suma asegurada, entrará a regir automáticamente la condición indicada, hasta por el monto de tal aumento.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar los períodos de carencia, a solicitud del Tomador, por lo cual los indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD



1. Cobertura básica, Muerte Accidental o no Accidental.

La disputabilidad para este contrato aplica, por Asegurado, a partir de su inclusión en la póliza, de acuerdo con el esquema indicado en Condiciones Particulares, donde se debe ubicar el monto asegurado en un solo rango y aplicar el período correspondiente.

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 dicho incremento. 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 incluyan en fecha posterior a la inclusión del Asegurado en la póliza.

2. Coberturas adicionales

Las coberturas adicionales que sean aceptadas bajo esta póliza serán disputables, en relación con el Asegurado, por un período de dos (2) años de la inclusión del asegurado de la póliza, contados a partir de la suscripción o inclusión de la cobertura, excepto la cobertura de Indemnización para gastos funerarios.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar los periodos de disputabilidad a solicitud del Tomador, por lo cual los indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA IX. EXCLUSIONES

Las coberturas básicas no presentan exclusiones, sin embargo, aplican los períodos de carencia y disputabilidad indicados en las Condiciones Particulares.

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

- i. Esta cobertura no se concederá si la enfermedad no oncológica es a consecuencia directa de accidente.**
- ii. Para el adelanto de la suma asegurada de enfermedad oncológica o no oncológica si 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 después del tratamiento inicial.**

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 bien que al momento de producirse el aseguramiento 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 Asegurado.**
 - 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 participe el Asegurado.**
 - 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; 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 mientras el Asegurado se encuentre bajo los efectos de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.**

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar las exclusiones a solicitud del Tomador, por lo cual los indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA X. DERECHO DE CONVERSIÓN

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José
Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



El Asegurado que deje de pertenecer al grupo estando el contrato en vigor, tiene derecho a que el Instituto le expida, sin pruebas de asegurabilidad, una póliza de Seguro Individual por un monto no superior a la última suma asegurada bajo este contrato y en alguno de los planes ofrecidos por el Instituto en ese momento, con las coberturas que disfruta en este seguro siempre y cuando se le puedan brindar en el Seguro Individual.

Para hacer uso de este derecho el Asegurado debe:

1. Solicitar la conversión del seguro por escrito al Instituto dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la terminación de su vínculo con el Tomador del seguro.
2. Pagar la prima que corresponda conforme a la edad alcanzada por él en esa fecha, según las tarifas vigentes para el plan solicitado.

En caso de que algún siniestro ocurriera durante el período dentro del cual el Asegurado dejó de pertenecer al grupo y hasta la emisión de la nueva póliza individual, el mismo estará cubierto conforme a las condiciones de la nueva póliza siempre que se cumpla con todos los requisitos y plazos para su emisión.

SECCIÓN D. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA XI. BENEFICIARIOS

El Asegurado definirá el beneficiario de su póliza. En todo momento durante la vigencia de esta póliza el Asegurado puede cambiar de beneficiario (s), notificándolo por escrito al Tomador del seguro quien lo reportará al Instituto y surtirá efecto desde el momento que tal comunicado haya sido entregado en las oficinas del Tomador del seguro.

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.

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:

- i. Un reporte de las variaciones registradas, dicho informe deberá presentarlo dentro de los primeros diez (10) días naturales de la fecha de renovación siguiente ya sea mensual, trimestral, semestral o anual. El reporte de variaciones contendrá la siguiente información:
 - a) **Inclusiones:** Nombre completo de los solicitantes, tipo y número de identificación, fecha de nacimiento, nacionalidad, género, beneficiarios designados, dirección exacta, teléfono (s), lugar de residencia, ingreso mensual aproximado, dirección electrónica, fecha de ingreso al grupo asegurado, fecha de ingreso al seguro, suma asegurada, detalle de los aportes y pruebas de asegurabilidad si fueren requeridas por el Instituto. **Exclusiones:** Nombre completo, número de identificación, número de certificado, suma asegurada. Cuando el Instituto reciba la solicitud por escrito del Tomador, pidiendo la exclusión de la póliza del Asegurado. El Instituto pagará el monto de Valor Acumulado existente a la fecha de pago menos el costo de seguro, con la deducción del cargo de retiro aplicable. El Instituto no puede diferir el pago del Valor Acumulado por un período mayor de treinta (30) días naturales después de la fecha de la solicitud.
 - c) **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.

Las variaciones de pólizas, independientemente de su forma de pago, reportadas luego del período de vigencia indicado en Condiciones Particulares, entrarán en vigor a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que fueron reportadas al Instituto.

En caso de que la inclusión del Asegurado requiera del proceso de Selección de Riesgos, se tomará como fecha de inclusión la indicada por el aceptador del riesgo,



para lo cual se calculará el ajuste correspondiente, excepto para las pólizas con forma de pago mensual, para las cuales se tomará como fecha de inclusión del Asegurado, la fecha de renovación mensual siguiente a la fecha de aceptación.

- ii. Deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los asegurados y reportarlos según corresponda.
- iii. En caso de que el Tomador y el Instituto decidan modificar o terminar el contrato, deberán establecer los mecanismos de comunicación al Asegurado de tal decisión, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.
- iv. Cambio de intermediario: Cuando el tomador de un seguro colectivo decida unilateralmente cambiar el intermediario de seguros que administra la póliza colectiva contributiva, o 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, según las disposiciones establecidas en el Reglamento sobre Seguros Colectivos.

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

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar las obligaciones del Tomador y/o Asegurado, en tal caso, las mismas se indicarán en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XIII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL QUE DEBE CUMPLIR EL TOMADOR

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. Cumplir con las edades de contratación establecidas en las Condiciones Particulares.
2. Tener una relación con el Tomador del seguro, creada independientemente de la constitución de la póliza.
3. Velar por que los Asegurados presenten las pruebas de asegurabilidad al momento de la inclusión o aumento de suma asegurada en la póliza, en los casos que corresponda de acuerdo con la Tabla de Requisitos incluida en las Condiciones Particulares.

El Instituto podrá solicitar los requisitos de asegurabilidad a todos aquellos miembros del grupo asegurado, a quienes se les determine que la sumatoria de los montos asegurados en



otras pólizas contratadas bajo la línea de Vida Colectiva, excede en conjunto los límites establecidos para montos de seguro sin dichos requisitos.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar los requisitos de elegibilidad del Tomador de seguro; en tal caso, las mismas se indicarán en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XIV. DOCUMENTOS QUE DEBE CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO Y/O TOMADOR

Si el seguro se contrata en la **modalidad Contributiva**, cada miembro del grupo asegurable que desee estar incluido deberá completar la fórmula suministrada por el Instituto para tal efecto, en la que solicita su inclusión en el seguro. Si es **modalidad No Contributiva** le corresponde al Tomador del Seguro completar el formulario Solicitud de Seguro, “Conozca a su cliente” y remitir el listado respectivo de asegurados a incluir en la póliza.

La información suministrada por el Asegurado se incluirá en el registro que se indica en la Cláusula Registro de Asegurados y se usará para completar el certificado individual de seguro que se le entregará al Asegurado. El solicitante quedará amparado a partir de la fecha que se indique en el certificado, siempre y cuando se haya pagado el costo de seguro correspondiente, según lo indicado en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales, el Instituto aceptará o rechazará la solicitud y, de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad establecidas.

CLÁUSULA XV. 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 XVI. 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.

CLÁUSULA XXVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

El Asegurado y/o Tomador 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 Asegurado y/o Tomador incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada, en un plazo de diez (10) días hábiles.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XVIII. 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.

CLÁUSULA XIX. 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, prórroga o renovación de esta póliza, los cuales se detallarán en las Condiciones Particulares.

A solicitud del Tomador, la forma de pago de las primas puede ser variada, a su conveniencia, durante la vigencia de la póliza.

Si el Asegurado fallece, los pagos que falten para completar la prima anual se deducirán de la liquidación resultante.

El pago de la prima podrá efectuarse en efectivo, depósito bancario o transferencia. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción. La prima deberá pagarse dentro de los diez días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato, la fecha acordada de pago en los casos



de pago fraccionado, el inicio de la vigencia de una prórroga o renovación del seguro, según corresponda.

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.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar el esquema y las formas de pago de la prima a solicitud del Tomador, por lo cual los indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XX. PERÍODO 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.

CLÁUSULA XXI. 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.

SECCION G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRORROGA O RENOVACION

CLAÚSULA XXI. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN

Cuando se dé una prórroga o renovación, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, indicadas en las Condiciones Particulares para adecuarlas mediante un estudio tarifario, que contempla la edad alcanzada de los asegurados según sexo, la experiencia siniestral en este plan de seguro, modificaciones para actualizar la suma asegurada.

La modificación en primas se aplicará sea que el Asegurado y/o Tomador decida prorrogar tácitamente o renovar su contrato y será informada con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.



SECCIÓN H. DESCUENTOS Y RECARGOS

CLAÚSULA XXII. TARIFA DE SEGURO

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

El Instituto puede otorgar los siguientes descuentos y/o recargos a la tarifa según el grupo:

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 ó US\$ 950.000	¢2.599.999.999 ó US\$4.726.999	2,5%
¢2.600.000.000 ó 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	% Descuento Otros Grupos
700	899	5%	2,5%
900	9.999	10%	5%
10.000	50.000	15%	7,5%
50.001	100.000	20%	10%
Más de 100.000		25%	15%

Estos descuentos no se utilizan en el cálculo de la tarifa, sino que son aplicables a la tarifa tanto de la cobertura básica como de las coberturas adicionales, dependiendo de



la suma asegurada y el número de asegurados. Los porcentajes de descuento por suma asegurada y por número de personas aseguradas son excluyentes entre sí, prevaleciendo el mayor.

3. Descuentos por experiencia siniestral o recargos cuando amerite: Las Unidades de Suscripción procederán a calcular la razón entre los siniestros incurridos, esto es, los siniestros pagados más los que están pendientes de pago 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.

El período de análisis corresponde al valor en años completos de antigüedad del asegurado con el contrato específico en análisis, puede ser un mínimo de 2 años y un máximo de 3 años, tomando siempre la totalidad de datos existentes.

Al determinar el índice de siniestralidad se aplicará un recargo o un descuento según el rango de la siguiente tabla:

Contratos colectivos con una cartera mínima anual promedio mayor o igual a 5.000 asegurados.

% Siniestralidad			Descuento Máximo	Recargo Máximo
De 0%	a	10%	58%	
Más de 10%	a	25%	44%	
Más de 25%	a	35%	31%	
Más de 35%	a	50%	17%	
Más de 45%	a	65%	No aplica	No aplica
Más de 65%	a	80%		16%
Más de 80%	a	100%		35%
Más de 100%				73%

Contratos colectivos con una cartera mínima anual promedio menor a 5.000 asegurados.

% Siniestralidad			Descuento Máximo	Recargo Máximo
De 0%	a	10%	36%	
Más de 10%	a	25%	28%	
Más de 25%	a	35%	19%	

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José
 Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
 Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



Más de 35%	a	50%	11%	
Más de 45%	a	65%	No aplica	No aplica
Más de 65%	a	80%		10%
Más de 80%	a	100%		22%
Más de 100%				46%

Esta revisión se realizará anualmente, excepto la primera revisión, la cual se efectuará a los dos años de emisión de la póliza.

4. Recargo por actividad ocupacional: Si la actividad económica u ocupación es clasificada con un recargo mayor o igual al 50% de acuerdo al Manual de Selección de Riesgos del Instituto Nacional de Seguros, las tarifas deberán ser cotizadas en el Instituto por la unidad definida para tal fin.

Los descuentos y/o recargos se negocian al suscribir el seguro o al cambiar las condiciones en la renovación anual y afectarán al Asegurado o al Tomador del seguro, según sea quien pague la prima, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Modalidades de Contratación, en caso de que se apliquen dichos descuentos serán indicados en Condiciones Particulares.

En cada fecha de vencimiento, el Instituto tendrá la facultad de modificar la tarifa aplicable, tanto de la cobertura básica como de las coberturas adicionales de esta póliza. El aviso de su modificación lo hará el Instituto con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento anual de la misma. El Tomador del seguro podrá presentar la oposición en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles después de su recepción; en caso contrario, se considerará aceptada la modificación.

Asimismo, a la prima individual de cada asegurado se le pueden aplicar un recargo por limitación en la aplicación de la cláusula de disputabilidad correspondiente a un 20% si la persona extranjera tiene cinco (5) o menos años de vivir en el país, un diez por ciento (10%) si tiene más de cinco (5) años y menos de diez (10) años de vivir en el país y si tiene diez (10) años o más de residencia no se aplica ningún recargo.

5. En caso de cancelación, no renovación o 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, cancelación, no renovación o 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

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José
 Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
 Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



2	5
3	4
4	3
5	2
6	2
7	1,5
8	1,5
9	1
10	1

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar la tarifa a solicitud del Tomador, por lo cual se indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXIII. 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. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa del fallecimiento.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del fallecido.
3. 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 (en caso de muerte accidental).
4. Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado en el transcurso de su vida.
5. Boleta de autorización para revisión o reproducción física 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 o beneficiario, con el fin de que el Instituto recopile la (s) historia (s) clínica (s) del Asegurado para el análisis del reclamo.
6. 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.
7. 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).

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José
 Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
 Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



Los documentos antes indicados deben estar apostillados o su equivalente.

8. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identidad del (los) beneficiario (s).
9. Carta del Tomador del seguro solicitando la indemnización, indicando el nombre del Asegurado, número de cédula o del documento de identificación, número de certificado, fecha de inclusión al seguro y monto asegurado a la fecha del siniestro y copia del documento mediante el cual el asegurado hizo la designación de beneficiarios.
10. Número de código IBAN
11. Indicación del lugar donde el Tomador del seguro y/o el Beneficiario recibirán las notificaciones que el Instituto le envíe.

La indemnización pagada al amparo de esta póliza será girada en su totalidad al Tomador del seguro, luego de lo cual el Tomador del seguro girará de inmediato a:

1. Los beneficiarios designados por el Asegurado o en su defecto, a la sucesión de éste, en caso de defunción.

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. Carta solicitando la indemnización, indicando el nombre del Asegurado, número de cédula o documento de identificación, fecha de inclusión al seguro y suma asegurada.
2. Fotocopia por ambos lados de la cédula o documento de identificación del Asegurado.
3. En caso de que la incapacidad haya sido ocasionada por un accidente de tránsito, 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.
4. Certificado médico extendido por la Caja Costarricense de Seguro Social, Consejo Médico Forense o un médico designado por el INS en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental debido al accidente, el Asegurado haya perdido el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual 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. El Asegurado debe indicar por escrito los centros médicos donde ha sido atendido.



6. Boleta de autorización para revisión o reproducción física 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 o beneficiario, con el fin de que el Instituto recopile la (s) Historia (s) Clínica (s) del Asegurado 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.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta cláusula.

Cuando para determinar la amparabilidad del reclamo sea indispensable contar con una sentencia judicial, el beneficiario deberá presentar una copia certificada.

En caso de que el Asegurado incumpla con los requisitos de asegurabilidad, según el monto asegurado suscrito al momento de la inclusión en el seguro, la indemnización no podrá exceder el límite individual establecida para el aseguramiento sin requisitos que corresponda según la Tabla de Requisitos de Asegurabilidad vigente a la fecha de la inclusión, tal como se indica en la Cláusula de Elegibilidad Individual.

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 especiales que puedan ampararse, los cuales se establecerán en las Condiciones Particulares, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA XXIV. 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 reclamación que realice el Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario ante el Instituto.

El Instituto efectuará el pago, cuando corresponda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales siguientes a la aceptación de la solicitud de indemnización.

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@ins-cr.com

CLÁUSULA XXV. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al Beneficiario la resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.
2. **Revisión:** El Beneficiario puede solicitar la revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Edificio principal o en cualquier Sede del Instituto.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes y el Instituto resolverá de conformidad con la cláusula de Plazo de Resolución de Reclamaciones.

SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXVI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza es un seguro de vida universal plus contrato tipo anual prorrogable o renovable a solicitud del Tomador.

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, entendiéndose prorrogable automática e indefinidamente por períodos anuales, salvo que el Tomador y/o Asegurado exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

Cuando se dé una prórroga o renovación podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un estudio tarifario el cual contempla la siniestralidad del período y la composición del grupo asegurado señalado en la cláusula de Elegibilidad Individual del presente contrato.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

Respecto a cada Asegurado, este seguro estará vigente desde la fecha que se indique en el certificado de seguro, y permanecerá vigente mientras esté incorporado a la póliza.

CLÁUSULA XXVII. 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 Tomador del seguro y/o Asegurado las modificaciones a las condiciones

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José
Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



de esta póliza, que se incorporarán a partir de la siguiente renovación. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la siguiente vigencia anual.

El Tomador del seguro también podrá solicitar las siguientes modificaciones en las condiciones de la póliza:

1. Cambio en la forma de pago.
2. Ajuste de vigencia anual del seguro.
3. Cambio de Intermediario.

Estas modificaciones deben solicitarse por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento anual. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación en la próxima renovación anual de la póliza.

En caso de que la póliza se cancele por cualquier causa el Instituto, 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.

Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar las modificaciones con el Tomador de Seguro; en tal caso, las mismas se indicarán en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XXVIII. FECHA DE EMISIÓN

La fecha de vigencia de la cobertura para esta póliza será como sigue:

Para toda cobertura que brinde esta póliza al emitirse, la fecha de emisión es la que se indica en las Condiciones Particulares del seguro.

Para toda cobertura adicional agregada con posterioridad a la emisión de esta póliza, la fecha de vigencia será la del día de actualización mensual siguiente a la fecha de aceptación de la cobertura.

CLÁUSULA XXIX. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se dará por cancelada cuando suceda alguna de las siguientes situaciones:

1. Solicitud expresa del Tomador.
2. Por falta de pago de las primas, para lo cual debe seguirse el procedimiento establecido en el artículo 37 de la LRCS.
3. Por declaraciones falsas o inexactas tanto del Tomador del Seguro como del Asegurado.



Si el Asegurado y/o Tomador decide no mantener el seguro, deberá comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación.

En tal caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Tomador y/o Asegurado, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

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 anual son los siguientes:

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación 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.

CLÁUSULA XXX. FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS PARA CADA ASEGURADO

La cobertura básica para el Asegurado finalizará automáticamente cuando:

1. Finalice 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).
3. Por falta de pago de primas según lo establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José
 Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
 Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



4. Se cancele el contrato de seguros

Respecto a las coberturas adicionales, según lo dispuesto en los anexos de cobertura correspondiente.

SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXI. 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 XXXII. REINCLUSIÓN DEL SEGURO POR PARTE DE UN ASEGURADO

Si esta póliza se hubiere cancelado por falta de pago, el Asegurado podrá reinstalarla nuevamente, bajo las siguientes condiciones:

1. Cumplir con los requisitos de asegurabilidad y edades de contratación correspondientes.
2. Las coberturas y el monto asegurado no pueden ser diferentes a los actuales.
3. La reinclusión no podrá efectuarse si el Asegurado ha solicitado anteriormente, por escrito, la cancelación del seguro.
4. Pagar las primas al descubierto desde la fecha de cancelación del seguro anterior.

En cada fecha en que la póliza sea reinstalada automáticamente volverán a entrar en vigor las Cláusulas de Disputabilidad y Períodos de Carencia por el lapso que cada una de ellas indica.



Por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá negociar el esquema y las formas de pago de la prima a solicitud del Tomador, por lo cual los indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA XXXIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas, 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.

CLÁUSULA XXXIV. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre el Asegurado y el Instituto, se efectuarán en la moneda en que se haya pactado el seguro.

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 XXXV. 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 XXXVI. RETIROS DEL VALOR ACUMULADO

Cada Asegurado puede solicitar retiros del Valor Acumulado de su póliza durante la vigencia de la misma y antes de la terminación del contrato. Dado que el contrato es anual renovable, el Valor Acumulado Individual puede permanecer vigente tantos años como renovaciones realicen el Tomador y/o asegurado; en caso de que el asegurado no pague las primas correspondientes, el contrato se renovará 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 a 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 XXXVII. 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 XXXVIII. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA XL. 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 se definirá en las Condiciones Particulares.

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.

CLÁUSULA XLI. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Instituto llevará el registro que incluirá los siguientes datos:

1. Del Tomador del seguro: nombre o razón social, número de personería jurídica, actividad económica, dirección exacta, apartado, teléfono (s), fax, sitio web, dirección electrónica, número de cuenta cliente con su respectivo banco emisor y la cantidad de empleados.



2. De cada uno de los Asegurados: nombre, edad, sexo, número de identificación, estado civil, escolaridad, fecha de nacimiento, nacionalidad, lugar de residencia, suma asegurada de cada uno, detalle del valor acumulado dirección exacta, apartado, teléfono (s), fax, ingreso mensual aproximado, dirección electrónica, fecha en que entran en vigor los seguros, fecha de terminación de los seguros y números de los certificados individuales.

En la fecha de renovación anual del contrato, el Instituto entregará al Tomador del seguro un reporte completo de asegurados indicando para cada uno: Nombre completo del Asegurado, número de identificación, género, número de certificado y suma asegurada individual; así como la suma asegurada total a fin de mantener actualizada la nómina de asegurados. El Tomador del seguro deberá revisar dicho listado y validar la información aportada, caso contrario deberá solicitar las modificaciones respectivas.

CLÁUSULA XLII. 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.

CLÁUSULA XLIII. CESION

El Instituto no reconocerá cesión alguna que, de sus derechos sobre el seguro, haga el Asegurado. No obstante, en el caso del Tomador se puede dejar sujeto a la autorización previa del INS.

SECCIÓN L. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLIV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y el Asegurado, los lesionados 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 resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley 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 XLV. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus reformas, así como sus Reglamentos, el Código Civil y el Código de Comercio.



Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto, por un lado, el Tomador del Seguro y el Asegurado por otro, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

SECCIÓN M COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XLVI. 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 o bien enviarla por correo electrónico, 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 Asegurado y/o Tomador deberá reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado 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.

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 XLVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLVIII. 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 de fecha 03 de enero del 2020.