

**OFICINA DE SEGUROS**  
**Fernando Hernández V.**  
**Licencia Sugese 08-1319**

**CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA**  
**LOS ASOCIADOS DE ASEGOSEP VTM 623 Y VTM 624**

**I) PRINCIPALES CONDICIONES DEL SEGURO**

Este certificado incluye los aspectos más relevantes de la Póliza Colectiva de Vida de ASEGOSEP. La firma de este documento constituye la solicitud de afiliación a la Póliza Colectiva de Vida VTM 623 Y 624. Este documento no constituye en sí mismo un Contrato y su validez está sujeta a las condiciones de la Póliza referida. La cobertura del seguro empezará a operar el primer día del mes en que se haga la deducción salarial de la prima correspondiente, o el asegurado realice el pago directamente en las oficinas de ASEGOSEP.

**A. ¿QUÉ CUBRE EL SEGURO?**

- **Cobertura en caso de Muerte:** Pago del monto asegurado en caso de muerte, de acuerdo con la Póliza indicada.
- **Cobertura Básica de Muerte Plus:** 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 la mitad de la suma asegurada (A.M.S.A.). En caso de fallecer el Asegurado, se otorgará un adelanto de la suma asegurada de hasta un veinte por ciento (20%) o un monto fijo que no excederá los dos millones de colones (¢2.000.000), para los gastos funerarios, porcentaje o monto fijo que se establece en las Condiciones Particulares del seguro.
- Las sumas giradas por estas coberturas (Funerario y A.M.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 de muerte, quedando a indemnizar por dicha cobertura la diferencia únicamente.
- **Cobertura BI-1:** Pago del monto asegurado en un solo tracto, en caso de invalidez total y permanente del asegurado. Cubre hasta los 65 años.
- **Cobertura DID:** Indemnización al beneficiario por una suma adicional igual a la suma básica contratada en la cobertura de muerte, en caso de fallecimiento accidental o el porcentaje indicado en el contrato para los casos de desmembramiento o pérdida de la vista.
- **Cobertura de beneficio familiar** (familiar, solo hijos o sólo cónyuge o conviviente): Pago del 50% de la suma asegurada, al fallecimiento del conyuge o conviviente. Pago del 25% de la suma asegurada, al fallecimiento de cualquiera de sus hijos (as), siempre y cuando la edad de estos no sea mayor a 18 ó 23 años en el caso de que el hijo (a) esté al momento del siniestro estudiando y sea dependiente económicamente del Asegurado. (no podrá superar el 50% del monto asegurado indiferentemente de la cantidad de hijos /as).
- Cobertura de Padres del Asociado: cubre la muerte accidental y no accidental de los Padres del Asegurado, sujeto a las condiciones de esta póliza y a la modalidad de seguro contratada por ¢250.000 colones cada uno.

**B. CONDICIONES MAS IMPORTANTES QUE DEBE OBSERVAR PARA LA EFECTIVIDAD DE SU SEGURO:**

1. **SUMA ASEGURADA:** La suma asegurada de la póliza corresponde al monto escogido por el asegurado, expresado en colones, la cual debe ser reportada en el presente certificado. Hay 1 opción: **¢2.000.000.**
2. **PAGO DE LAS PRIMAS:** El costo mensual es: ¢.1500 mensual. Para la cobertura de su seguro, se debe estar al día en el pago de la prima. En caso de que éstas no sean depositadas por el Contratante en el tiempo estipulado en la Póliza, el Instituto no asumirá responsabilidad alguna ante la ocurrencia de un siniestro.
3. **DISPUTABILIDAD:** Los beneficios de esta Póliza serán en relación con cualquier Asegurado durante el PRIMER AÑO de vigencia del seguro si la muerte fuere una enfermedad, estado o lesión sufrida antes de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, por la cual estuvo sometido a tratamiento o fue diagnosticada por un médico, o fue aparente a la vista, o fue de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas para el Asegurado o terceras personas. Cuando la causa del siniestro es consecuencia directa o indirecta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana(HIV) no será amparada ninguna reclamación durante los primeros 5 (CINCO) años a partir de la fecha de inclusión en el seguro. Posterior al período indicado, los beneficios de esta póliza serán indisputables, excepto por falta de pago.
4. **SUICIDIO:** Si un asegurado comete suicidio durante el primer año desde su inclusión, estuviere o no en pleno uso de sus facultades mentales, el INS solo estará obligado a devolver las primas que por su seguro hubiere recibido.

**C. REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR PARA INCLUIRSE EN EL SEGURO**

1. Ser Cliente de ASEGOSEP. El pago de las primas y cuotas mensuales es entera responsabilidad del asociado.

2. Tener al momento de la inclusión una edad mínima de 15 años el afiliado y el cónyuge y un mínimo de 14 días de nacidos los hijos.

**D. LA COBERTURA DE SU SEGURO TERMINA CUANDO:**

1. Deje de ser cliente a ASEGOSEP.
2. Falta de pago de la prima. En este caso se exonera a la Asociación de Toda responsabilidad.
3. Se cancele la póliza suscrita por el contratante.
4. Por declaración falsa o inexacta del asegurado.

**E. ¿QUÉ SE DEBE HACER EN CASO DE SINIESTRO?**

Toda solicitud de indemnización por fallecimiento del asociado deberá tramitarse por medio del Contratante, al que deberán aportarse además de este Certificado, los siguientes requisitos:

- A. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- B. Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del asegurado y del (os) beneficiario (s).
- C. Indicar los Centros Médicos donde usualmente se atendía al asegurado.
- D. Boleta de autorización para revisión de expedientes médicos del asegurado, firmada por su cónyuge o beneficiario.
- E. En caso de fallecimiento a causa de un accidente, aportar fotocopia de la sumaria completa.
- F. En caso de invalidez total, certificación de invalidez total NO SUJETA A REVISION, emitida por una autoridad competente.
- G. Para la Cobertura Básica de Vida Conjunta se debe aportar Certificación de matrimonio en que se demuestre el nexo familiar de los Asegurados; en caso de fallecimiento del conviviente, el Asegurado deberá aportar una declaración jurada ante Notario Público, en la que declare la convivencia con la persona fallecida conforme la definición existente en esta la póliza y el tiempo de convivir.
- H. Para la Cobertura hijos, se debe aportar Certificación de nacimiento en que se demuestre el nexo familiar con el Asegurado. en caso de fallecimiento sea de 18 a 23 años, Asegurado deberá demostrar que era estudiante y dependiente económicamente de él.
- I. En caso de adelanto del 50% por enfermedad Oncológica ó no Oncológica, se deberán aportar los requisitos que el INS requiera en el momento.
- J. En caso de adelanto del 20% por muerte del asegurado, se deberá aportar los requisitos antes indicados y momentáneamente la certificación manual emitida por el médico u Hospital donde se declaró el fallecimiento del asegurado.

**F. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, puede cambiar de beneficiario(s), notificándole por escrito a ASEGOSEP y surtirá efecto desde el momento que tal comunicado haya sido entregado en las Oficinas de dicha institución. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si éste hubiere fallecido sin designar beneficiarios, la Suma Asegurada se pagará a quienes fueran declarados herederos legales del Asegurado.

**G. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

Toda indemnización al amparo de este seguro será girada al contratante, quien girará a los beneficiarios designados los excedentes una vez canceladas las deudas con la Asociación. Si por alguna razón se incluye en la póliza a personas que no reúnan las condiciones de elegibilidad individual, el Instituto estará obligado solamente a devolver las primas que por ellos hubiere recibido.

**H. SITUACIONES MÁS COMUNES EN QUE NO OPERA LA COBERTURA DEL SEGURO**

1. Cuando aplica la cláusula de disputabilidad indicada.
2. Cuando no cumpla con los requisitos para incluirse en el seguro.
3. Cuando no haya sido reportado por el Contratante al INS.
4. Cuando la muerte ocurra luego de haber terminado la cobertura de su seguro, según se indicó anteriormente.
5. Cuando no se presenten los documentos enumerados para dar trámite al reclamo.
6. Cuando hayan transcurrido más de cuatro años entre la fecha del evento y la presentación del reclamo en las oficinas del Instituto.

**II) DATOS PARA LA INCLUSIÓN EN EL SEGURO**

Este documento constituye la solicitud de afiliación a la póliza colectiva de vida. Mediante la firma del mismo y el suministro de la información solicitada, doy fe que he leído y entendido las condiciones del certificado, y solicito la inclusión en esta póliza por un monto asegurado de ¢2.000.000

Designo como beneficiario(s) de mi seguro a la(s) personas(s) abajo citada(s):

Datos del asegurado					
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha Nacimiento	N° Identificación	
Dirección exacta					
Distrito	Cantón	Provincia	Teléfono 1	Teléfono 2	E-Mail
Otras señas					

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asociado				
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	N° Identificación	Porcentaje a otorgar

Padres Asegurados (inscritos en el Registro)			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	N° Identificación

**Acepto Afiliarme al Seguro de Vida Colectivo:** No ( ) Sí ( )

**Monto Asegurado 2.000.000**

Autorizo a mi patrono para que retenga de mi salario la suma de **¢ 1.500 por pago de póliza** y lo acredite a nombre de la Asociación Solidarista de Empleados del Ministerio Gobernación, policía y Seguridad Pública (ASEGOSEP) como pago de prima del seguro. Entiendo y convengo que los derechos y deberes de la presente afiliación a ASEGOSEP e inclusión en la póliza colectiva entra en vigencia a partir de la primera deducción de la prima correspondiente.

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ N° Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma y sello de ASEGOSEP \_\_\_\_\_

**PARA CUALQUIER CONSULTA ADICIONAL SE PUEDE CONTACTAR A NUESTRAS OFICINAS AL 4000-3595 O A NUESTRO WHATSAPP 8713-8664**

**Producto:** \_\_\_\_\_

**N° Póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre Póliza Colectiva:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro		
Numero de Identificación:	Correo Electrónico	

**BENEFICIARIOS**
**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.

**Beneficiarios Asegurado Titular**

Nombre del Beneficiario:		
N° de identificación:	Parentesco:	Porcentaje %:
Nombre del Beneficiario:		
N° de identificación:	Parentesco:	Porcentaje %:

**FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

**Beneficiarios Cónyuge o Conviviente**

Únicamente si se contrata la cobertura de Vida Conjunta.

**Nombre del cónyuge o conviviente:** \_\_\_\_\_

**N° de identificación:** \_\_\_\_\_

Nombre del Beneficiario:		
N° de identificación:	Parentesco:	Porcentaje %:
Nombre del Beneficiario:		
N° de identificación:	Parentesco:	Porcentaje %:

**FIRMA Y N° IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: Vida Tradicional Colectiva Colones P14-26-A01-074-V5.0 - Dólares P14-26-A01-075-V5.0 de fecha 21 de mayo del 2015, Vida Tradicional Colectiva Flexible Colones P14-26-A01-197 V4.0 - Dólares P14-26-A01-206 V4.0 de fecha 21 de mayo del 2015, Protección Crediticia Colones P14-26-A01-080-V5.0 - Dólares P14-26-A01-081-V5.0 de fecha 21 de mayo del 2015, Protección Crediticia Monto Original Colones P14-26-A01-136-V5 - Dólares P14-26-A01-137 V5 de fecha 03 de noviembre del 2014, Protección Crediticia para Tarjetahabientes Colones P16-33-A01-088-V5.0 - Dólares P16-33-A01-089-V5.0 de fecha 21 de mayo del 2015, Protección Crediticia Colectivo Flexible Colones P14-40-A01-210- V4.0 - Dólares P-14-40-A01-211 V4.0 de fecha 21 de mayo del 2015.