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

CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA LOS ASOCIADOS DE ACEPO VTM 552

I) PRINCIPALES CONDICIONES DEL SEGURO

Este certificado incluye los aspectos más relevantes de la Póliza Colectiva de Vida de ACEPO. La firma de este documento constituye la solicitud de afiliación a la Póliza Colectiva de Vida VTM 552. 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 ACEPO.

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 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.

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 5 opciones: ¢2.000.000, ¢4.000.000, ¢6.000.000, ¢8.000.000 y ¢10.000.000
2. **PAGO DE LAS PRIMAS**: El costo mensual es: ¢2.000.000 : ¢2.470, ¢4.000.000 : ¢ 4.939 ¢6.000.000: ¢7.409; ¢8.000.000: ¢9.878, y ¢10.000.000: ¢12.348

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 disputables 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, estuviese 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 ACEPO. El pago de las primas y cuotas mensuales es entera responsabilidad del asociado.
2. Tener al momento de la inclusión una edad 18 y hasta: sin límite de edad (SUGETO A EXAMENES FISICOS EN CASO QUE EL INS LOS REQUIERA POR EDAD Y MONTO ASEGURADO) años para el beneficio de muerte y entre 18 y 60 Para el beneficio de incapacidad total.

D. LA COBERTURA DE SU SEGURO TERMINA CUANDO:

1. Deje de ser cliente de ACEPO.
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.

F. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, puede cambiar de beneficiario(s), notificándole por escrito a ACEPO 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

☐ ¢2.0000.000 ☐ ¢4.0000.000 ☐ ¢6.0000.000;
☐ ¢8.000.000 ☐ ¢10.000.000

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				
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	N° Identificación	Porcentaje a otorgar

Monto Asegurado 2,000,000

Por este medio autorizo a mi patrono para que retenga de mi salario la suma de **¢ 1.125** por cuota de administración quincenales y por concepto de pago de póliza ¢ quincenales y lo acredite a nombre de la Asociación Cultural y Educativa para la Policía (ACEPO) como pago de prima. Entiendo y convengo que los derechos y deberes de la presente afiliación a ACEPO e inclusión en la póliza colectiva entra en vigencia a partir de la primera deducción de la prima correspondiente.

Firma del Asegurado _____ Firma y sello de ACEPO_____

PARA CUALQUIER CONSULTA PUEDE LLAMAR A ACEPO AL 2257-5168 O A LA OFICINA ENCARGADA 8526-3532