



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Lugar y fecha de emisión	Sede Guadalupe, 19 de octubre del 2011.	N° de póliza	0116 ING 0000004 50
Nombre del Tomador del Seguro	COLEGIOS DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA (PLAN OBLIGATORIO)		
Dirección del tomador	SABANA SUR 75 ESTE DEL MAG SABANA SUR		
Teléfono	2232-3433	Vigencia: Desde 01-06-2020 Hasta 01-06-2021	
Asegurados:	Según se detalla en el punto I. de este documento.		
El objeto asegurado y condiciones específicas del aseguramiento se detallan a continuación en este documento.			
Prima	-	Ámbito de cobertura	Costa Rica, no obstante, los gastos fuera de Costa Rica, se cubrirán por reembolso según el costo de los servicios médicos de Costa Rica.
Forma de pago	Mensual.	Moneda	Modalidad
		Colones	Contributiva
Medio para recibir notificaciones			

MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

Para contactar al Instituto puede hacerlo por los siguientes medios:

- Dirección Oficinas Centrales, calle 9 y 9 Bis, Avenida 7. San José.
- Central telefónica del INS 2287-6000.
- Consultas sobre seguros: 800-835-3467 TeleINS.

Correos: Consultas sobre seguros: contactenos@ins-cr.com,

Sugerencias o quejas: cservicios@ins-cr.com

También puede comunicarse con su agente de seguros o en cualquier Sede del Instituto en: Liberia, Nicoya, Puntarenas, San Ramón, Pavas, Cartago, San Isidro del General, Ciudad Neily, Turrialba, Limón, Guápiles, Guadalupe, Heredia, Alajuela, Ciudad Quesada, Desamparados, Tibás, San Pedro.

ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento al Instituto, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales puede accederlas en la dirección electrónica: www.ins-cr.com.

I. ASEGURADOS DE LA PÓLIZA

El grupo asegurable son los médicos incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica que se encuentran activos como colegiados.

Instituto Nacional de Seguros/ Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José 1
Central telefónica 2287-6000/ Apdo. Postal 10061-1000/ Consultas: contactenos@ins-cr.com
Contraloría: cservicios@ins-cr.com/ Fax: 2287-6161/ 800INS-Contraloría



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De conformidad con lo acordado con el Tomador del Seguro, se detallan los requisitos de asegurabilidad que deberán aportar los Asegurados para la inclusión en esta póliza, para las coberturas de Gastos Médicos:

- i. Solicitud debidamente cumplimentada por el médico.
- ii. Completar la boleta de "Autorización para consulta de expediente".

III. CUADRO DE BENEFICIOS

A continuación, se describen las coberturas suscritas para esta póliza así como la suma asegurada elegida para cada una de las coberturas descritas o bien el beneficio que otorgan. Mediante el Anexo de Coberturas se brinda el alcance de cada cobertura.

Nota importante: La suma asegurada en las coberturas básicas y sublimitadas no puede superar el total del beneficio máximo anual asegurado indicado en estas Condiciones.

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	Anual Renovable Total		¢11.000.000
	a. Gastos Ambulatorios		¢1.000.000
	b. Gastos Hospitalarios		¢10.000.000
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO			
Modalidad	Colectiva		
Ámbito de Cobertura	Costa Rica, no obstante, los gastos fuera de Costa Rica, se cubrirán por reembolso según el costo de los servicios médicos de Costa Rica.		
Deducible Anual por Persona	¢200.000		
Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria			
Costa Rica	Máximo por consulta General: ¢18.000	Máximo por consulta Especialista: ¢30.000	
Deducible anual			
Gastos Ambulatorios (Reembolso)			
Dentro de Red Preferente	Fuera de Red Preferente	Maternidad	
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumula deducible anual	
Gastos Hospitalarios (Pago Directo o Reembolso)			
Dentro de Red de Proveedores	Fuera de Red Proveedores	Maternidad	
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumula deducible anual	
Coaseguro			
Gastos ambulatorios (excepto consultas)			
Dentro de Red de Preferente (solo Costa Rica)	Fuera de la Red de Preferente		



**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
CONDICIONES PARTICULARES**

25% coaseguro		30% coaseguro	
Gastos hospitalarios			
Dentro o fuera de la Red de Proveedores (excepto Honorarios Profesionales)		Honorarios Profesionales (médico cirujano, asistente, anestesiólogo y otros honorarios profesionales)	
30% coaseguro		40% coaseguro	
Para prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo se reconocerá el 50% del costo de servicios médicos, siempre y cuando sean medicamente necesarias.			
Si el Asegurado recibe atención médica fuera de Costa Rica, se cubrirán por reembolso los gastos incurridos y cubiertos por el seguro, de acuerdo con los costos de servicios médicos vigentes para Costa Rica.			
Coberturas Básicas			
1.Cobertura A: Gastos Ambulatorios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)			
Suma asegurada anual por persona		¢1.000.000	
Gastos Sublimitados	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Laboratorio: Hemograma, hematocrito, glicemia, glicemia post carga, colesterol, triglicéridos, fracción HDL, fracción LDL, orina general, ácido úrico, creatinina, nitrógeno ureico y heces.	Máximo ¢300.000 anuales (incluidos dentro del sublímite de gastos ambulatorios)	Superado el deducible aplicado coaseguro correspondiente.	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan
Ultrasonido: de mamas, ginecológico, abdomen general, próstata y tejidos blandos.			


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
CONDICIONES PARTICULARES**

Radiografía: de tórax, de senos paranasales, de cráneo, de columna, perfilograma y adicionalmente otras radiografías de extremidades superiores e inferiores como mano, pie, codo, radio, hombro, rodilla, tibia y peroné.			períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
2.Cobertura B: Gastos Hospitalarios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)			
Suma asegurada anual por persona		¢10.000.000	
Gastos Sublimitados	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Tac: de cerebro, de columna vertebral y de abdomen*.	Máximo ¢1.000.000 anuales (incluidos dentro del sublímite de gastos hospitalarios)	Superado el deducible y aplicado el coaseguro correspondiente.	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Resonancias magnéticas*.			
*En caso de que se presenten estos rubros de forma ambulatoria se incluirán dentro de la cobertura de Gastos Hospitalarios.			


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
CONDICIONES PARTICULARES**

Gastos médicos sujetos a sublímites (Incluidos dentro de gastos ambulatorios y/o hospitalarios según corresponda)		
Una vez superado el deducible y aplicado el coaseguro correspondiente		
Procedimiento / Cobertura	Monto máximo	Período de carencia
Maternidad (no aplica deducible ni coaseguro) Incluye gastos pre y post natales, parto normal ó cesárea, parto múltiple y complicaciones.	¢1.140.000 por evento (Embarazo)	Para las aseguradas que estaban incluidas en la póliza antes del 01-06-2018 no aplica periodo de carencia. Para las aseguradas que se incluyan a partir del 01-06-2018 se aplicará un periodo de 10 meses consecutivos a partir de la fecha de inclusión en la póliza.
Cirugía de lente intraocular para tratamiento de catarata (por cada ojo y contempla todos los gastos relacionados con la cirugía, honorarios, lente, gastos quirúrgicos).	Máximo ¢500.000	Hasta diez (10) meses consecutivos.
Audífonos (por cada oído) siempre que sean medicamente necesarios y que el accidente o enfermedad sea cubierta por el seguro.	Máximo ¢500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Evento quirúrgico (incluye gastos hospitalarios y honorarios profesionales para una cirugía).	Máximo ¢5.000.000 por evento, la suma por eventos no puede superar los ¢10.000.000 por persona por año póliza	Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.
Deportes, ya sea en forma recreativa o competitiva.	Máximo ¢2.000.000. Se aplican sublímites de gastos ambulatorios u hospitalarios según corresponda.	Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.
Enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y/o cardiacas. Se exceptúa la (s) prótesis que se requieran para los diagnósticos correspondientes a enfermedades cardiovasculares y/o cerebrovasculares.	Máximo ¢5.000.000. Se aplican sublímites de gastos ambulatorios u hospitalarios según corresponda	Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.
Terapias Especiales (Ver anexo de coberturas)	Máximo de quince (15) sesiones por año póliza, siempre que sean prescritas por el médico tratante	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Rehabilitación (Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria).	Máximo de quince (15) sesiones por año póliza, siempre que sean prescritas por el médico tratante	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región.
Cuidados de Enfermería en el Hogar.	Máximo de sesenta (60) horas por año póliza.	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región.
Enfermedades pandémicas y epidémicas	Máximo ₡1.000.000 (no aplica deducible)	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región.
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo	

Notas:

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas sublimitadas se deducen del monto asegurado indicado para la (s) cobertura (s) básica (s), es decir el monto total cubierto no podrá exceder el monto asegurado que se indica para las Coberturas Básicas.

IV. PREEXISTENCIAS:

1. Para los asegurados que se incluyan en la póliza a partir del 01-06-2012 se cubrirán los padecimientos preexistentes a partir de junio del 2014.
2. Para los Asegurados que ingresen posterior al 01-06-2012 se establece un período de carencia para Preexistencias de dos años a partir de la fecha de inclusión del Asegurado al contrato.

Las enfermedades preexistentes serán cubiertas siempre que no se encuentren expresamente excluidas en el contrato o en período de carencia y hasta por un monto de dos millones de colones (₡2.000.000) por persona por año póliza. Dicho monto no superará la suma de un millón de colones (₡1.000.000) bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios y Coberturas sujetas a sublímite en donde aplicará el monto máximo según corresponda.

En el caso de las personas que se excluyan del contrato y se incluyan posteriormente los períodos de carencia para el aseguramiento de Preexistencias aplicarán desde la nueva fecha de inclusión.

V. PERIODOS DE GRACIA

Si el Tomador selecciona una forma de pago diferente de la anual, podrá gozar de un período de gracia de acuerdo a la siguiente tabla:



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Forma de Pago	Forma de Cálculo de la prima
Mensual	10 días hábiles
Trimestral	10 días hábiles
Semestral	10 días hábiles
Anual	20 días hábiles

Para este contrato se define un periodo de tolerancia de 60 días naturales, a partir del primer día del mes a renovar para pago dicho mes.

VI. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Asegurado Directo	A partir de los 18 años	Sin límite

VII. PERIODOS DE CARENCIA Y DISPUTABILIDAD

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos máximos de carencia donde a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, excepto en los casos de accidentes o emergencia, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los diagnósticos indicados en el cuadro adjunto. **Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia.**

Cobertura	Carencia
Enfermedades	30 días en Costa Rica y Centroamérica. 90 días resto del mundo
Maternidad	Para las aseguradas que estaban incluidas en la póliza antes del 01-06-2018 no aplica periodo de carencia. Para las aseguradas que se incluyan a partir del 01-06-2018 se aplicará un periodo de 10 meses consecutivos a partir de la fecha de inclusión en la póliza.
Catarata, glaucoma	10 meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma	10 meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	10 meses consecutivos



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	10 meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	10 meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	10 meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	10 meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	10 meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	10 meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cual sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	10 meses consecutivos

Con relación a los periodos de carencia indicados en el cuadro de coberturas y beneficios y los determinados en el cuadro anterior; si los gastos incurridos se relacionan con los órganos, enfermedades o procedimientos antes citados y estos sean considerados como congénitos y/o hereditarios, no serán cubiertos por este seguro.

Asimismo, el Instituto brindará cobertura a los gastos médicos que se eroguen por los padecimientos indicados, una vez que haya superado el período de carencia.

En el caso de la persona que se excluya del contrato y se vuelva a incluir, los periodos de carencia aplicarían a partir de la nueva fecha de inclusión.

VIII. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS

- **Cobertura de Gastos Médicos**

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá presentar al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, lo siguiente:

1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c) Comprobantes de pago en caso que se requieran.
- d) Prescripciones y recetas médicas.
- e) Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- f) El Asegurado debe firmar el formulario "Autorización para consulta de expediente".

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas, distintos al español e inglés, el asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Presentada esta documentación y encontrada conforme, se efectuará el pago de los beneficios; o bien, se comunicará por escrito la declinación del reclamo.

2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

- a) El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpressiones no se consideran documentación válida).
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- e) Copia de la ficha odontológica completa.
- f) Radiografía posterior al tratamiento.

IX. CONDICIONES ESPECIALES QUE APLICAN PARA ESTE SEGURO

En relación a lo establecido en las Condiciones Generales y/o Anexos, para el correcto uso del seguro, se aclara lo siguiente:

El colegiado puede contar con más de un seguro médico con el INS, para lo cual aplica lo siguiente:

"Cuando existan otros seguros de gastos médicos concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte (si fue contratada para alguno de los seguros), en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto."

- Aplicar la definición de Costo de servicios médicos de acuerdo al texto que a continuación se detalla:
Costo de servicios médicos: Es el cargo u honorario hecho por un proveedor afiliado de servicios médicos que cobra a personas que presenten enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares. Este costo determinará el monto máximo a indemnizar por un servicio u honorario médico. Para el ámbito de cobertura regional, fuera de Costa Rica y Centroamérica se aplicarán los costos de servicios médicos de Costa Rica.
- Aplicar la definición de Deducible de acuerdo al texto que a continuación se detalla:
Deducible: Suma fija anual que debe asumir el Asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos indemnizables y objeto de reembolso por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Se detalla en Condiciones Particulares.
- Para el adecuado uso del presente contrato, se incluye la siguiente definición:
Gastos incurridos: Son los costos de servicios médicos generados por el Asegurado para la atención de accidente, emergencia o enfermedad.
- Aplicar la definición de Gastos Indemnizables de acuerdo al texto que a continuación se detalla:



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Gastos Indemnizables: Son los costos de servicios médicos cubiertos bajo esta póliza, los cuales están sujetos a la aplicación del deducible, copago y/o coaseguro.

- Aplicar la Cláusula Ámbito de Cobertura de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

Ámbito de Cobertura

El ámbito de cobertura de esta póliza será el que se defina en las Condiciones Particulares, de conformidad con las opciones siguientes:

Regional: El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos, de los gastos indemnizables del Asegurado en Centroamérica y Panamá; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza. En caso de utilizar el seguro fuera de esta región, los siniestros serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos del Costa Rica.

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero, siempre que la misma haya sido suscrita.

Esta opción está sujeta a lo establecido en la Cláusula Residencia Temporal.

- Aplicar la Cláusula Participación del Asegurado en los Gastos de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

Participación del Asegurado

(...)

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo de servicios médicos de los gastos indemnizables, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por el Tomador, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible. La acumulación del deducible, aplicará únicamente en gastos ambulatorios excepto consultas médicas y maternidad.

Una vez que el Asegurado alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos indemnizables por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo de servicios médicos y contemplando los coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada. Este reembolso aplicará únicamente en exceso del deducible anual escogido.

(...)

- Aplicar la Cláusula Utilización del Seguro de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

Utilización del Seguro

(...)

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos indemnizables, de conformidad con las condiciones y montos autorizados previamente informados El Asegurado asume el costo del deducible anual, coaseguros estipulados y cualquier otro gasto que no sea objeto de cobertura. No obstante, esta participación de los gastos podrá ser negociada con el Tomador y quedará establecida en las Condiciones Particulares.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

El Asegurado también puede utilizar los bienes o servicios de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, en cuyo caso la póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso de conformidad con el costo de servicios médicos.

Todo gasto cubierto será reconocido de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual o coaseguros establecidos en dicho documento.

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

(...)

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos. Si el seguro contratado su ámbito de cobertura es Regional, pero debe utilizar la póliza fuera de la región, serán tramitados únicamente por reembolso y al costo de servicios médicos de Costa Rica.

X. UTILIZACION DEL SEGURO

Se anexa el documento Utilización del Seguro que detalla los procedimientos para tal fin.

XI. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

No aplica para este contrato

XII. COMISION DE COBRO ADICIONAL

No aplica para este contrato

XIII. RENOVACIÓN BIANUAL

A partir del 01 de junio del 2019, la vigencia y futuras renovaciones del presente contrato se establece en dos años, bajo las siguientes condiciones:

El plazo de ejecución del presente contrato se establece del 01 de junio del 2019 al 01 de junio del 2021.

Las condiciones de la póliza pactadas durante cada periodo de dos años se establecen de la siguiente forma: En el mes de marzo del primer año vigencia del plazo se realizará el estudio de siniestralidad acumulada (histórica, desde la emisión de la póliza) el cual no deberá ser mayor a un 75%. Para estos efectos se considerarán las primas y siniestros (pagados y pendientes) y la proyección de primas y siniestros del último período (pagados y pendientes) para cerrar el período completo. Adicionalmente, queda sujeto a que ninguna de las partes solicite cambios en el contrato.

En caso de que la siniestralidad no supere el 75%, el Instituto lo comunicará al Tomador del seguro y la vigencia de la póliza durante el segundo año continuará bajo las mismas condiciones pactadas para el primer año de vigencia hasta el 01 de junio del 2021.

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
CONDICIONES PARTICULARES**

En caso de que la siniestralidad supere el 75%, las partes deberán renegociar las condiciones de renovación para el período del 1 de junio del 2020 al 31 de mayo del 2021.

En caso de que no se pudiere llegar a un acuerdo, el contrato de póliza se rescindirá sin responsabilidad legal de ninguna naturaleza para el Tomador ni la Aseguradora.

XIV. 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 en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A01-694** de fecha **05 de noviembre del 2016**.