



TIPO DE TRÁMITE:  COTIZACIÓN  EMISIÓN  VARIACIÓN

N° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN  Contributiva  No contributiva

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

LUGAR, FECHA, Y HORA DE EMISIÓN DEL SEGURO O DE LA SOLICITUD DE ENDOSO:

Form with fields for LUGAR, HORA, FECHA (DÍA, MES, AÑO)

VIGENCIA PÓLIZA MADRE

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° Póliza Colectiva:

Nombre y apellidos o Razón Social del Tomador:

Form titled DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA FISICA) with fields for personal information like name, ID, birth date, address, etc.

Form titled DATOS DEL ASEGURADO (PERSONA JURIDICA) with fields for company information like legal name, activity, address, etc.

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.ins-cr.com / Consultas: contactenos@ins-cr.com / Contraloría: 2287-6161 ó 800INSContraloría / cservicios@ins-cr.com.

DATOS DEL CULTIVO	INFORMACIÓN DE UNIDADES PRODUCTIVAS	
	Especie: <input type="checkbox"/> Camarón <input type="checkbox"/> Tilapia <input type="checkbox"/> Pargo mancha	
	Ubicación de la unidad productiva: <input type="checkbox"/> En tierra firme <input type="checkbox"/> Cultivo marino en jaulas	
	Área total de espejo de agua: _____	Monto total financiado: ₡/\$ _____
	<input type="checkbox"/> Autorizo al Instituto Nacional de Seguros a utilizar la información global de diferentes fuentes para estudios actuariales del producto.	
El cultivo tiene socios o personas relacionadas? Indique el nombre y número de cédula de cada uno de ellos.		

DATOS DEL TERRENO	Nombre de la finca:		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:
	Dirección exacta:		
	En la unidad de producción vive alguien: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quién? _____ Frecuencia de visitas? _____		
	<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Usufructuario <input type="checkbox"/> Depositario <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Consignatario <input type="checkbox"/> Otro: _____		
	N° CVO:		

DATOS DEL ACREEDOR	Nombre o Razón Social:		N° de Identificación
	Domicilio:		
	Apartado:	Teléfonos:	Correo electrónico:
	Monto de la acreencia: _____ Esta acreencia corresponde a: <input type="checkbox"/> Totalidad de los bienes asegurados <input type="checkbox"/> Sólo a los bienes que se especifican a continuación: _____		Grado: _____
	Utilice hojas adicionales en caso de ser necesario		

BENEFICIARIOS	EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS: PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE						
	<b>Advertencia:</b>						
	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 y 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 de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.						
	Nombre:	Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de nacimiento:	Dirección: Provincia: Cantón:			Otra señas:		
	Nombre:	Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de nacimiento:	Dirección: Provincia: Cantón:			Otra señas:			

VIGENCIA
Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____

COBERTURA	
<b>Cobertura Básica:</b>	<input type="checkbox"/> A: Riesgos de la Naturaleza    C/\$ _____
<b>Suma asegurada</b>	
DEDUCIBLES COLONES Y DÓLARES	
Para todas las especies	<input type="checkbox"/> 15% sobre el monto de la pérdida
	<input type="checkbox"/> *Otro: _____
(*) La posibilidad de optar por otro deducible, implica una modificación en la tarifa de la cobertura.	
Plan de pago	Moneda
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Pago único	<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares
Forma de Aseguramiento: <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero	Prima: _____
Indique si tiene pólizas con otra compañía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impuesto de ventas: _____
Nombre de la Compañía Aseguradora: _____	<b>PRIMA TOTAL A PAGAR:</b> _____
Número de póliza suscrita: _____	

REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud debidamente cumplimentada.</li> <li>• Certificado Veterinario de Operación (CVO) de la unidad productiva.</li> <li>• Asistencia técnica por un profesional de las ciencias agropecuarias, marinas o biológicas</li> <li>• Contrato de concesiones</li> <li>• Aplicar paquete técnico</li> <li>• Edades de contratación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camarón y Pargo Mancha desde su establecimiento en la unidad productiva</li> <li>• Tilapia a partir del primer mes después de establecido en la unidad productiva</li> </ul> </li> <li>• Rendimientos históricos de al menos 5 años</li> <li>• Sistema de registros de control productivo</li> </ul>

NOTAS IMPORTANTES
<p>1. En caso de un evento comunicarse al teléfono 800-Teleins (800-8353467) o a la dirección electrónica: <a href="mailto:contactenos@ins-cr.com">contactenos@ins-cr.com</a></p> <p>2. Los datos requeridos en el presente formulario son indispensables para la valoración del riesgo a proteger, no son excluyentes con otros formularios que requieran de similar información.</p>

OBSERVACIONES

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD
<p>La solicitud de seguro que cumpla con todos los requisitos del Asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el Asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, el Asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder dos (2) meses. El Asegurado podrá consultar el resultado o avance de su solicitud con su Intermediario de seguros o mediante los medios que se indican en el pie de página.</p>

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA
<p>He recibido la Información previa al perfeccionamiento y las Condiciones Generales de este seguro, las cuales me fueron explicadas por el Intermediario de seguros, abajo firmante; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en esas condiciones.</p> <p>Además se me ha informado que tengo derecho a solicitar en cualquier momento copia de las Condiciones Generales de este seguro, sus modificaciones y adiciones y que además puedo consultarlas a través de la dirección electrónica: <a href="http://www.ins-cr.com">www.ins-cr.com</a> o consultar telefónicamente al número 800-835-3467 TeleINS. Declaro que la información anterior es verídica, completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza que solicito.</p>

Firma y cédula del Asegurado / Tomador	Firma del Intermediario								
<p>Declaro que toda la información que ha sido dictada o escrita por mí en este formulario, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la Póliza. Con lo anterior, autorizo al Instituto a incorporarme en esta póliza.</p> <p>Firma: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>En caso de persona jurídica, indicar además:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Lugar y fecha: _____</p>	<p>En mi calidad de Intermediario de seguros, de acuerdo con las facultades concebidas al efecto por el Instituto, doy fe de que he explicado el seguro que se va a suscribir y he revisado el riesgo descrito y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar o rechazar el aseguramiento.</p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 241 1534 283">Datos del Intermediario</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 283 1534 745"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>N° de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr> </td></tr>	Datos del Intermediario		<p>Nombre completo: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>N° de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr>		Datos del Representante Sede del INS		<p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p>	
Datos del Intermediario									
<p>Nombre completo: _____</p> <p>N° de cédula: _____</p> <p>N° de intermediario: _____</p> <p>En caso de pertenecer a una Sociedad Agencia de Seguros o Corredora, Indique el nombre de la misma: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="815 745 1534 787">Datos del Representante Sede del INS</th> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="815 787 1534 924"> <p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p> </td> </tr>		Datos del Representante Sede del INS		<p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p>					
Datos del Representante Sede del INS									
<p>Nombre completo: _____</p> <p>Firma: _____</p>									

Riesgo aceptado por:	Revisado por:
<p>Firma: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Intermediario: _____</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Sello: _____</p>

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 G12- 41-A01-803 V1 de fecha 28 de marzo del 2019.

Los siguientes datos complementan la información correspondiente a la Política Conozca a su Cliente, en virtud de lo estipulado en la Normativa para el Cumplimiento de la Ley N°8204.

Fecha de la última actualización de la Política Conozca a su Cliente ante el INS: \_\_\_\_\_

Datos adicionales del asegurado (Persona Física)	
Nombre del patrono o naturaleza de la actividad independiente:	
Ingreso promedio mensual:	
Describa el origen de los fondos:	
¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP <sup>1</sup> ), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 <sup>2</sup> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Datos adicionales del asegurado (Persona Jurídica)	
Describa el origen de los fondos:	
¿Algún socio o beneficiario de la empresa desempeña o ha desempeñado algún cargo político destacado (PEP <sup>1</sup> ), en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí Detalle el cargo: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Desempeña alguna de las actividades indicadas en el artículo 15 de la Ley N°8204 <sup>2</sup> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
1er Apellido:	2do Apellido:	Nombre:	
N° de Identificación:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		
País y lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento: ____/____/____	
Nacionalidad:			
Dirección exacta del domicilio actual:			
País:	Provincia:	Cantón:	Distrito:
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:	Teléfono oficina:
Profesión:	Ocupación:	Correo electrónico:	

Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; de igual manera me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información mientras exista una relación comercial.

Declaro que mis ingresos y activos han sido adquiridos a través de actividades lícitas y legítimas, de igual manera, que nunca he estado involucrado en delitos que quebranten la legislación nacional e internacional relacionada con la Legitimación de Capitales, Financiamiento del Terrorismo o Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Autorizo al INS para acceder a los sistemas de empresas comercializadoras bases de datos o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo dentro de estos la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968; así como bases de datos de entidades públicas. Además, de compartir la información y documentación que éste entregue o hubiera entregado en la Institución, con las empresas del Grupo INS, para analizar la factibilidad de ofrecerle un mejor servicio y productos de su interés.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado, Representante Legal o Tomador

**Notas:**

<sup>1</sup> Los cargos que se encuentran establecidos en el artículo 22 del **Reglamento General Sobre Legitimación Contra el Narcotráfico, Actividades Conexas, Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Delincuencia Organizada.**

<sup>2</sup> Entre otros: canje de dinero y transferencias, emisión, venta, rescate o transferencia de cheques viajeros, remesas de dinero desde o hacia el exterior, administración de recursos por medio de fideicomisos o cualquier otro tipo, que no sean intermediarios financieros.

Observaciones:
----------------

## GENERALIDADES

### Seguro Acuícola

Este documento incluye un resumen de ámbito de protección de coberturas, exclusiones, descuentos y recargos aplicables a la prima, procedimiento en caso de siniestro y condiciones para cancelación de la póliza del Seguro Acuícola Modalidad Colectiva.

#### ÁMBITO DE COBERTURA

El Instituto indemnizará al Asegurado y/o Tomador, indicado en la póliza, por la pérdida directa e inmediata que sufra a causa directa de los riesgos amparados bajo la cobertura que adelante se detalla, siempre y cuando no sean causadas por dolo del Asegurado y/o Tomador o sus trabajadores, hayan sido incluidas en el contrato de conformidad con lo estipulado en las Condiciones Particulares y que no se encuentren excluidas al momento del siniestro.

#### Animales asegurables

1. Pargo mancha, desde su establecimiento en la unidad productiva hasta la recolección o cosecha.
2. Camarón, desde su establecimiento en la unidad productiva hasta la recolección o cosecha.
3. Tilapia, a partir del primer mes después de establecido en la unidad productiva hasta la recolección o cosecha.

#### COBERTURAS

##### COBERTURA BÁSICA

##### COBERTURA A: RIESGOS DE LA NATURALEZA

Quedan comprendidos dentro del alcance de esta cobertura los daños que sufran los cultivos de pargo mancha, camarón y tilapia -durante el periodo indicado-, derivados de:

1. Temperaturas extremas.
2. Deslizamiento de tierras por causas naturales, que provoque alteraciones en la unidad productiva.
3. Altas precipitaciones pluviales.
4. Plagas, depredadores y enfermedades incontrolables.
5. Vientos huracanados, ciclón y tornado.
6. Erupción volcánica.
7. Inundación.
8. Temblor, terremoto y maremoto.

#### RIESGOS EXCLUIDOS

**El Instituto no cubrirá pérdidas (inclusive los daños consecuenciales o indirectos derivados o gastos de cualquier índole) que se produzcan o que sean agravados por:**

1. El incumplimiento de las obligaciones estipuladas en este Contrato.
2. Declaraciones falsas e inexactas.
3. Guerras, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no declaración de guerra), conmociones civiles, motines, huelgas, guerras civiles, rebeliones, insurrecciones, revoluciones, ley marcial, poder militar usurpado, confiscación, requisita, nacionalización o destrucción ordenadas por el gobierno o por la autoridad, actos terroristas o vandálicos.

## GENERALIDADES

### Seguro Acuícola

4. Las propiedades radiactivas tóxicas, explosivas o de otra naturaleza peligrosa de una unidad nuclear explosiva o de un componente nuclear de ella.
5. Reacción nuclear, irradiación nuclear o contaminación radiactiva por combustibles nucleares o desechos radiactivos debidos a su propia combustión.
6. El uso de armas de guerra que utilicen fusión, fisión atómica o nuclear.
7. Acciones u omisiones del Asegurado, sus empleados o personas actuando en su representación o a quienes se les haya encargado la custodia de los cultivos, que a criterio del Instituto produzcan o agraven las pérdidas.
8. Asistencia técnica deficiente o que no se ajuste al paquete tecnológico recomendado para el cultivo.
9. Muerte de las especies acuícolas en cualquier momento de su ciclo por falta de oxigenación en las unidades productivas debido a insuficiente capacidad del equipo de bombeo, mal funcionamiento del mismo, así como negligencia o descuido en la realización oportuna de las labores de bombeo.
10. Pérdidas derivadas de la contaminación del agua en las unidades productivas por cualquier tipo de productos o sustancias tóxicas.
11. Desacato de las recomendaciones técnicas del Instituto para disminuir los efectos de cualquier riesgo amparable. En este caso, las pérdidas no cubiertas serán las que se deriven de dicho desacato.
12. Problemas de comercialización derivados de bajos precios del producto en el mercado, dificultades para su venta por falta de comprador, bajos precios, falta de compradores, contaminación del producto final, saturación del mercado, mala calidad del producto.

Para obviar pérdidas por bajos precios, se fijará de previo por medio de las Condiciones Particulares de este contrato, un precio mínimo por kilo de producto a considerar en caso de indemnización.

13. Pérdidas de producto o merma en su calidad por maltrato durante la cosecha o transporte.
14. Hurto o robo, y otros daños que se puedan originar de estas acciones.
15. Daños de cualquier tipo de infraestructura o equipos relacionados con el cultivo asegurado.
16. Contaminación del producto final.

### DESCUENTOS Y RECARGOS APLICABLES A LA PRIMA

El Instituto de acuerdo con el análisis de riesgo efectuado, podrá aplicar descuentos y/o recargos sobre la prima, según se detalla.

La suma de los descuentos de siniestralidad y por variables de manejo técnico y afines no podrá superar el 25%.

#### 1. Descuentos o recargos por siniestralidad

De acuerdo con la experiencia siniestral (frecuencia y severidad recurrente) del Asegurado y/o Tomador se aplicará el descuento/recargo sobre la prima de la cobertura A, a partir del cuarto periodo de vigencia (no necesariamente consecutivo).

## GENERALIDADES Seguro Acuícola

Porcentaje de siniestralidad	Descuento	Recargo
De 0% a 20%	20%	
Más de 20% a 40%	15%	
Más de 40% a 60%	10%	
Más de 60% a 70%	---	---
Más de 70% a 90%		10%
Más de 90% a 120%		20%
Más de 120%		30%

### 2. Descuentos por variables de manejo técnico y afines

Se establecen descuentos ante el uso de buenas prácticas por parte del Asegurado:

Buenas prácticas	Descuentos
Sistema de tratamientos de remanentes	5%
Sistemas de trazabilidad	5%
Programa de bioseguridad	5%
Capacitación técnica del personal	5%
Buenas prácticas de manejo	5%

### 3. Descuentos Comerciales:

#### a. Descuentos por volumen:

Se establecen descuentos correspondientes al volumen de animales de una misma especie asegurados bajo el contrato póliza:

#### Descuentos por volumen para Tilapia y Pargo Mancha

Rango de hectáreas de espejo agua	Descuento
De 0 a 50	0%
De 51 a 100	3%
De 101 a 200	7%
Igual o más de 201	10%

#### Descuentos por volumen para Camarón

Rango de hectáreas de espejo agua	Descuento
De 0 a 15	0%
De 16 a 25	3%
De 26 a 35	7%
Igual o más de 36	10%



## GENERALIDADES Seguro Acuícola

### PROCEDIMIENTO EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO O SINIESTRO

1. Cuando se produzca un evento que pudiese dar lugar a una indemnización bajo esta póliza, el Asegurado y/o Tomador deberá:
  - a. Comunicar al Instituto, la agravación del riesgo dentro de un plazo de 24 horas en que lo haya conocido o debido conocer.
  - b. Comunicar al Instituto, inmediatamente ocurra el siniestro o en el momento en que lo haya conocido o debido conocer.

En ambos casos debe indicar, la naturaleza y causa de la agravación o la pérdida, ubicación del cultivo dañado, datos básicos para identificarlo tales como: tipo de cultivo y área asegurada. Para tal trámite el Instituto, pone a disposición los siguientes medios de comunicación:

**Teléfono: 800-Teleins (800-8353467), Correo Electrónico: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com)**

- c. Cuando se prevén bajos rendimientos en un cultivo (posible pérdida), el Asegurado deberá avisar al Instituto la fecha de inicio de la cosecha, con ocho (8) días naturales de anticipación.
2. Si por alguna circunstancia de fuerza mayor, el Asegurado no pudiera notificar lo establecido en esta cláusula, tendrá siete (7) días hábiles a partir del día siguiente del siniestro o del día en que finalizó la circunstancia de fuerza mayor, para formalizar el aviso, debiendo justificar por escrito a satisfacción del Instituto la razón por la cual no cumplió lo establecido en esta cláusula. El Instituto podrá aplicar lo establecido en la cláusula denominada Riesgos Excluidos, inciso 1, cuando se demuestre que la omisión de dar aviso del evento oportuno al Instituto obedece a una actuación dolosa por parte del Asegurado con la intención manifiesta de impedir que el Instituto tenga conocimiento de la forma y circunstancias bajo las cuales ocurrió el siniestro.

En caso de siniestro parcial o total, el Asegurado deberá presentar ante el Instituto, en un plazo no mayor de quince (15) días naturales a partir de la fecha de levantada el acta de siniestro por parte del Instituto, las facturas a nombre del Asegurado (excepto se declare a un tercero previamente en el contrato póliza), autorizadas por la Dirección General de Tributación y debidamente canceladas de los gastos directos amparados por esta póliza que realmente se hubieren efectuado en el cultivo, así como las facturas correspondientes a la venta del producto cosechado, siempre que el Instituto lo considere necesario. En caso de que las circunstancias impidan dicho cumplimiento quedará a criterio del Instituto valorar la aceptación de las mismas a crédito y/o con copias autenticadas por un notario.

3. Facilitar a los funcionarios del Instituto la libre inspección del cultivo y proporcionar todos los detalles e información necesaria para la debida apreciación del riesgo.
4. Adoptar todas las medidas necesarias antes y después del siniestro con el fin de aminorar las pérdidas, la destrucción o el daño. Asimismo, se obliga a aplicar todos los medios a su alcance para salvar y preservar el cultivo de la amenaza de riesgos presentes en unidades productivas vecinas.

Los gastos en que el Asegurado incurra para cumplir estos fines serán cubiertos por el Instituto (con límite en el monto asegurado); pero en ningún caso la suma reintegrable por dicho concepto excederá el importe efectivo de disminución en las pérdidas indemnizables.

5. El Asegurado o algún representante suyo debidamente autorizado deberá estar presente durante la valoración de pérdidas.

## GENERALIDADES

### Seguro Acuícola

6. Para obtener el pago de la indemnización, el Asegurado deberá demostrar el interés asegurable en los cultivos objetos de este seguro, en el momento de acaecer el siniestro.
7. Cuando la causa del siniestro está sujeta a un análisis de laboratorio, el Asegurado deberá presentar al Instituto el informe original sobre los resultados de dicho análisis. Asimismo deberán estar a disposición del inspector del Instituto en cualquier momento que éste lo requiera, las bitácoras de producción y en tránsito.
8. Es indispensable que el productor presente la certificación de sus rendimientos históricos (de al menos 5 años), o en su defecto, el Instituto se registrará por los rendimientos históricos de la zona, sin ese dato no se hará la indemnización.

Los plazos señalados para los avisos de agravación y siniestro son los establecidos por el Instituto para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Los daños ocurridos en el siniestro y la valoración de la pérdida y de la suma asegurada se establecerán con los valores vigentes en la fecha del siniestro.

**Ningún reclamo bajo esta póliza será pagadero a menos que los términos de esta cláusula se hayan cumplido.**

### CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado y/o Tomador.

Si el Asegurado y/o Tomador decide no mantener este seguro, deberá dar aviso por escrito al Instituto con al menos un mes de anticipación a la fecha de cancelación. En tal caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha señalada expresamente por el Asegurado y/o Tomador, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

La cancelación anticipada de la póliza se registrará por los siguientes principios:

1. Cuando el seguro haya sido contratado por un periodo único (vigencia inferior o superior a 365 días naturales) se reembolsará al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada a prorrata, deduciendo un diecisiete por ciento (17%) por concepto de gasto administrativo.
2. Cuando el seguro haya sido contratado con vigencia anual (independientemente de la forma de pago), el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada por el tiempo transcurrido y reembolsará al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada; lo anterior, de acuerdo con el siguiente cuadro:

## GENERALIDADES

### Seguro Acuícola

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión, prórroga o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	24%
Más de 5 hasta 35 días naturales	32%
Más de 35 hasta 65 días naturales	41%
Más de 65 hasta 95 días naturales	49%
Más de 95 hasta 125 días naturales	57%
Más de 125 hasta 155 días naturales	64%
Más de 155 hasta 185 días naturales	70%
Más de 185 hasta 215 días naturales	77%
Más de 215 hasta 245 días naturales	82%
Más de 245 hasta 275 días naturales	87%
Más de 275 hasta 305 días naturales	92%
Más de 305 hasta 335 días naturales	96%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

3. En todo caso que corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.