



# SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

## CONDICIONES GENERALES

### ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>SECCIÓN A. DEFINICIONES.....</b>	<b>4</b>
CLÁUSULA I. DEFINICIONES .....	4
<b>SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA .....</b>	<b>5</b>
CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA.....	5
<b>SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA .....</b>	<b>5</b>
CLÁUSULA III. COBERTURAS.....	6
CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACION .....	7
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA .....	7
CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES.....	7
<b>SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....</b>	<b>8</b>
CLÁUSULA VII. BENEFICIARIOS .....	8
<b>SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR.....</b>	<b>8</b>
CLÁUSULA VIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR .....	8
<b>SECCIÓN F. PRIMAS .....</b>	<b>8</b>
CLÁUSULA IX. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	8
CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS .....	9
CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA.....	9
<b>SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....</b>	<b>9</b>
CLÁUSULA XII AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....	9
<b>SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....</b>	<b>10</b>
CLÁUSULA XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	10
CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES .....	12
<b>SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS.....</b>	<b>12</b>
CLÁUSULA XV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	12
CLÁUSULA XVI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	12
CLÁUSULA XVII. CANCELACIÓN ANTICIPADA .....	12
<b>SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS .....</b>	<b>13</b>
CLÁUSULA XVIII. RECTIFICACION DE LA POLIZA.....	13
CLÁUSULA XIX. DERECHO DE RETRACTO .....	13
CLÁUSULA XX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO .....	13



**SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE**  
**CONDICIONES GENERALES**

**SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS ..... 13**  
CLÁUSULA XXI. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS ..... 13  
CLÁUSULA XXII. LEGISLACIÓN APLICABLE ..... 14

**SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES ..... 14**  
CLÁUSULA XXIII. COMUNICACIONES..... 14

**SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO ..... 14**  
CLÁUSULA XXIV. REGISTRO DEL PRODUCTO ..... 14

## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, cédula jurídica 400000-1902-22 ("el INSTITUTO") se compromete con el ASEGURADO Y/O TOMADOR, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas en la oferta que origina este contrato.

Declaro el compromiso contractual del INSTITUTO de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



José Arévalo Ascensio  
Gerente General a.i.  
Cédula jurídica 4-000-001902



# SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

## CONDICIONES GENERALES

### SECCIÓN A. DEFINICIONES

#### CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Las definiciones a continuación deben entenderse así en el contenido de la póliza.

1. **ACCIDENTE:** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
2. **ASEGURADO**
  - a. **ASEGURADO TITULAR:** Persona física que está expuesta al riesgo, el cual traslada al asegurador, y es quien asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato en ausencia del tomador.
  - b. **ASEGURADO DEPENDIENTE:** El Cónyuge o conviviente entendido como la persona que cohabita con el Asegurado Titular por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única, estable y demostrable.
3. **COLUSIÓN:** Pacto o acuerdo que se establece con otra persona con perjuicio o daño para un tercero o para sí mismo.
4. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el costo de un servicio médico prestado por un proveedor, el cual no excede el precio o tarifa que usualmente cobran la mayoría de los proveedores en el mercado nacional, por un mismo o similar procedimiento o servicio.
5. **DEDUCIBLE:** Monto o Porcentaje indicado en la Oferta de Seguro, que representa la participación económica del Asegurado en la indemnización de los reclamos, bajo las coberturas en las que aplique.
6. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.
7. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
8. **GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS:** Son todos aquellos costos en que incurre un Asegurado por atención médica bajo las siguientes condiciones:
  - a. Siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica.
  - b. Permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

- 9. HOSPITAL O CLÍNICA:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.
- 10. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Cuando producto de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza el asegurado:
- a. Sea declarado por las entidades que establece este contrato con una alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, que genere una pérdida irrecuperable de la capacidad general orgánica igual o superior al sesenta y siete (67%) que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.
  - b. Pierda completa e irrecobrable de la vista de ambos ojos.
  - c. Sufra la amputación, de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.
- 11. PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
- 12. PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- 13. RENTA HOSPITALARIA DIARIA:** Es la suma de dinero que el Asegurador se compromete a indemnizar al Asegurado o dependientes de éste, por cada día que permanezcan hospitalizados a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- 14. TERRORISMO:** Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
- 15. TOMADOR:** Persona física que, por cuenta propia o ajena, 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 la persona asegurada. Puede concurrir en la figura del Tomador el Asegurado.

### SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

#### CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza, según su orden de prelación: la Oferta de Seguro, las Condiciones Generales y el Dersa, en caso de contradicciones entre las Condiciones Generales y el Dersa, se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

### SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

#### CLÁUSULA III. COBERTURAS

El Instituto indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan, de conformidad con lo estipulado en la póliza, el plan de seguro establecido en la oferta de seguro y el pago de la prima; independientemente si el siniestro ocurra dentro o fuera del país.

Esta póliza está conformada por un paquete de coberturas.

##### 1. Muerte Accidental:

El Instituto pagará la suma asegurada seleccionada en la Oferta de Seguro al (los) Beneficiario(s) designados en caso de muerte accidental del Asegurado Titular, o a este, en caso de muerte accidental del Asegurado Dependiente, siempre y cuando la muerte por accidente haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y se encuentre cubierta por esta.

##### 2. Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:

Esta cobertura indemniza la suma asegurada, en caso de que el Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente sea incapacitado total y permanentemente, como consecuencia de un accidente, ocurrido y cubierto durante la vigencia de la póliza. La cobertura opera si la declaración de Incapacidad se da dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

**Una vez indemnizada esta cobertura, se cancela. Las demás coberturas continúan vigentes.**

**No se reconocerá esta cobertura en los casos en que la Incapacidad Total y Permanente cesa o el Asegurado fallece, antes de la declaración de la incapacidad.**

##### 3. Renta hospitalaria diaria por accidente:

El Instituto pagará la renta diaria establecida en la Oferta de Seguro si el Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente es internado en un hospital o clínica, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

La cobertura máxima será de 45 días de hospitalización por evento y un máximo general de noventa (90) días por año póliza.

En caso de ser internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, la suma a indemnizar corresponderá al doble de la renta diaria establecida.

##### 4. Gastos médicos por accidente:

El Instituto cubrirá al Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente los gastos médicos ambulatorios en que incurran, (de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, menos el



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

Deducible especificado en la Oferta de Seguro), como consecuencia directa de las lesiones sufridas a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y cubierto por esta.

La cobertura máxima por año póliza será hasta por el monto asegurado especificado en la Oferta de Seguro.

**Cada una de las coberturas antes indicadas, podrán ser utilizadas sin que dependan unas de las otras.**

#### CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACION

Esta póliza cubre al Asegurado Titular y a su Asegurado (a) Dependiente, siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza y se pague la prima correspondiente.

Las edades de contratación del seguro son de 18 años en adelante, tanto para el Asegurado Titular como para el Asegurado Dependiente.

#### CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

El Asegurado Titular elegirá la suma asegurada entre las opciones indicadas en la Oferta de Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de la póliza.

El Asegurado Titular y el Dependiente gozarán cada uno de las mismas coberturas y montos asegurados según el plan contratado

#### CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES

**Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:**

- Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.**
- La persona asegurada cometa suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas en los términos del artículo 101 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.**
- Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.**
- Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
- Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.**
- Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.**
- Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.**



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

- h. El fallecimiento se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente:

- a. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado.
- b. Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.
- c. Hernias inguinales.

#### **SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.**

##### **CLÁUSULA VII. BENEFICIARIOS**

El Asegurado Titular deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de suscribir la póliza.

En caso de no designar beneficiario, o que la designación se torne ineficaz los beneficiarios serán los herederos legales establecidos en el proceso sucesorio.

Durante la vigencia de la póliza, el Asegurado titular puede cambiar de beneficiario (s), informándolo mediante nota o en el formulario suministrado por el Instituto. Este cambio surtirá efecto desde el momento en que sea comunicado al asegurador.

Para designar como beneficiario a un menor de edad, debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia.

#### **SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR**

##### **CLÁUSULA VIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR**

Para efectos de este contrato los deberes del Asegurado y/o Tomador son:

- 1. Efectuar el pago de la prima.
- 2. Asumir el deducible estipulado en la Oferta de Seguro en caso de utilizar la cobertura de Gastos médicos por accidente.

#### **SECCIÓN F. PRIMAS**

##### **CLÁUSULA IX. PRIMA DE LA PÓLIZA**

La prima que se establece para esta póliza es la que se detalla en la Oferta de Seguro.



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

En caso de que el Asegurado alcance la edad de los grupos etarios detallados a continuación, podrá continuar cubierto por este seguro siempre y cuando pague la prima correspondiente según los rangos de edad, indicadas en el cuadro “Opciones de Aseguramiento” dentro de la Oferta de Seguro.

Rango de Edad (Grupo Etario)	Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima del grupo etario anterior
De 65 a 74 años	Hasta un 250%, dependiendo del plan contratado
De 75 a 79 años	Hasta un 224%, dependiendo del plan contratado
De 80 a 84 años	Hasta un 59%, dependiendo del plan contratado
De 85 a 89 años	Hasta un 82%, dependiendo del plan contratado
De 90 años en adelante	Hasta un 63%, dependiendo del plan contratado

#### CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS

La prima podrá ser pagada según la periodicidad y medio de pago indicados en la Oferta de Seguro.

Si el Asegurado Titular elige la forma de pago anual obtendrá un descuento por pronto pago sobre la prima mensual indicada en la Oferta de Seguro, correspondiente a un 6,54% en el caso de colones y de un 4,76% en dólares.

#### CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto concederá al Asegurado Titular un período de gracia de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

#### SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

#### CLÁUSULA XII AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

En caso de prórroga, el Instituto tendrá la facultad de modificar la prima aplicable a la presente póliza, para adecuarla a partir de un estudio que contemple la experiencia siniestral de este plan de seguro.

Para el cálculo de la experiencia siniestral de la cartera se utiliza las primas netas pagadas y siniestros incurridos (pagados, pendientes reportados y pendientes no reportados) para un período como mínimo de tres años, y a partir de esta información se calcula el índice de siniestralidad como el resultado de la división de los siniestros incurridos entre las primas netas pagadas.

De acuerdo con el índice de siniestralidad calculado para la cartera, para la prórroga se aplicará un recargo según lo definido en la siguiente tabla:

## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Desde 0% hasta 30%	No aplica
Más de 30% hasta 50%	Recargo de 17%
Más de 50% hasta 70%	Recargo de 41%
Más de 70% hasta 90%	Recargo de 66%
Más de 90%	Recargo de 100%

Las modificaciones indicadas en esta cláusula deberán ser comunicadas al Asegurado con treinta (30) días de anticipación a la fecha del vencimiento de la vigencia en curso.

#### **SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS**

##### **CLÁUSULA XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado con el cual adquirió la póliza o en alguna Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

Para tal trámite el Instituto pone a disposición los siguientes medios de comunicación:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Correo Electrónico: [contactenos@grupoins.com](mailto:contactenos@grupoins.com)

El Asegurado autoriza al Instituto y da su consentimiento expreso para que se grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización

Para todas las coberturas se deberá presentar:

- a. Carta del Asegurado o del (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del Documento de Identidad Migratoria para Extranjeros o del pasaporte.
- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.
- d. En caso de siniestro amparado por esta póliza del Asegurado Dependiente se debe demostrar la condición de cónyuge o persona que cohabita con el Asegurado Titular,

## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

mediante documento extendido por el Registro Civil o en su defecto Declaración Jurada ante Notario Público.

- e. Si el siniestro se presenta en el extranjero se deberá aportar el(los) documento(s) probatorio(s) que respalde el mismo, debidamente consularizados o apostillados.

Adicionalmente, para las coberturas que se indican de seguido, se deben presentar los siguientes documentos:

- **Muerte Accidental**

Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, en el cual se especifique la causa de la defunción, debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.

Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

En caso de que la muerte accidental ocurra en el extranjero se deberá aportar el documento oficial, mediante el cual se certifica la causa de la muerte en el país de ocurrencia del deceso, así como la fotocopia completa del expediente judicial o cualquier otro documento probatorio que respalde el deceso.

- **Incapacidad Total y Permanente por accidente:**

Declaratoria oficial de incapacidad permanente, expedida por la Caja Costarricense del Seguro Social, Poder Judicial o en su defecto por el Instituto Nacional de Seguros en los casos relacionados con los Regímenes del Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles y aquellos casos residuales que no son atendidos por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Poder Judicial, deben indicar el diagnóstico, la fecha exacta de la incapacidad y que la misma se otorga NO SUJETA A REVISIÓN para que sea valorada por el Instituto.

- **Renta Hospitalaria Diaria por accidente:**

Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el Asegurado hospitalizado debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica. En caso de haber estado internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, se deben indicar la cantidad de días que permaneció en dicha unidad.

- **Gastos Médicos por accidente:**

- a. Facturas (autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- b. Prescripciones y recetas médicas.
- c. Resultados de los exámenes.



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

- d. En caso de que los gastos se deban a tratamientos odontológicos cubiertos por la póliza, se deberá aportar la ficha odontológica (documento que detalla el procedimiento llevado a cabo) y los resultados de pruebas realizadas (entiéndase radiografías, otros, en caso de que sea prescrito para el tratamiento).
- e. Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.

**No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

#### CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación y la totalidad de los requisitos. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

#### SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

#### CLÁUSULA XV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Autoexpedible Individual.

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, entendiéndose prorrogable obligatoria e indefinidamente por periodos anuales, salvo que el asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

El Instituto no dará por terminado de forma anticipada este seguro, salvo disposición legal en contrario.

#### CLÁUSULA XVI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza finalizará automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

1. La falta de pago de la prima de conformidad con el artículo 37 de la Ley 8956.
2. El asegurado incumpla con la Ley N°7786 o normativa complementaria.
3. Fallecimiento del Asegurado Titular.

#### CLÁUSULA XVII. CANCELACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado Titular.

En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en la fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso. Si el pago de la prima es Mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

Cuando corresponda la devolución de primas, el cálculo respectivo se realizará a prorrata, deduciendo un veinticuatro (24%) por ciento por concepto de gastos administrativos a la prima no devengada. El reintegro respectivo se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

#### **SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS**

##### **CLÁUSULA XVIII. RECTIFICACION DE LA POLIZA**

El Asegurado Titular tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

##### **CLÁUSULA XIX. DERECHO DE RETRACTO**

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza y no se haya presentado alguna reclamación, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado.

##### **CLÁUSULA XX. 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 que se haya pactado el seguro, ya sea colones o dólares.

Para cualquier conversión que se deba realizar en relación con los montos indicados en el seguro, se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

#### **SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

##### **CLÁUSULA XXI. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

En caso de disconformidades del Asegurado por ver afectados sus derechos como consumidor o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, podrá interponer la denuncia ante la instancia denominada Defensoría del Cliente Corporativa: 2287-6161 / 800-DEFENSORIA / [defensoria@grupoins.com](mailto:defensoria@grupoins.com) . Esta instancia deberá resolver en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la presentación de la denuncia. Agotada esta instancia podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo [sugese@sugese.fi.cr](mailto:sugese@sugese.fi.cr) o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.



## SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

Serán competentes para resolver las discrepancias los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, o bien, cuando así lo acuerden las partes, podrán ser resueltas a través de mecanismos 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 XXII. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica.

En todo lo que no esté previsto en este contrato de seguro se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus Reglamentos, Ley 8204 Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y sus reformas y la normativa que la complementa, el Código de Comercio y el Código Civil.

#### SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

##### CLÁUSULA XXIII. COMUNICACIONES

El Asegurado en todo momento podrá comunicarse con el Instituto el cual pone a disposición los siguientes medios:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Correo Electrónico: [contactenos@grupoins.com](mailto:contactenos@grupoins.com)

El Instituto emitirá las comunicaciones necesarias al correo electrónico reportado por el Asegurado en la Oferta de Seguro.

#### SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO

##### CLÁUSULA XXIV. REGISTRO DEL PRODUCTO

Registro en SUGESE número P19-57-A01-920 V2 de fecha 26 de agosto del 2022.



# DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

SEGURO PROTECCIÓN MÚLTIPLE AUTOEXPEDIBLE  
Código de Registro: P19-57-A01-920 V2 de fecha 26 de agosto del 2022

Este es un Documento Estandarizado Resumen de Seguro Autoexpedible (Dersa), por tanto, **NO CONTIENE todas las condiciones del contrato, las cuales podrá encontrar en el enlace [www.grupoins.com](http://www.grupoins.com)**

## Aseguradora:



## Medios de Contacto:

Dirección de Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José.  
Teléfonos de contacto: 800-Teleins (800-835-3467) o bien al (+506) 2287-6000  
Correo electrónico de contacto: [contactenos@grupoins.com](mailto:contactenos@grupoins.com)

## Información sobre el producto:

Información y Condiciones Generales: [www.grupoins.com/](http://www.grupoins.com/)  
Instancia de protección al consumidor: Defensoría del Cliente Corporativa: [defensoria@grupoins.com](mailto:defensoria@grupoins.com) / 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA

## BENEFICIOS DEL SEGURO

Brinda una indemnización en caso de fallecimiento de forma accidental, además de contar con cobertura si el asegurado es declarado incapacitado total y permanentemente a causa de un accidente cubierto.

Adicionalmente cuenta con una renta hospitalaria diaria por accidente en caso de requerir ser internado a causa del mismo, duplicando el monto diario establecido si el internamiento es en Unidad de Cuidados Intensivos.

De manera complementaria brinda una cobertura de gastos médicos por accidente, la cual posee un deducible que se especifica claramente en la Oferta de Seguro.

Bajo un mismo contrato póliza se puede incluir tanto al Asegurado Titular como su Dependiente, según los términos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.

## EXCLUSIONES

Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:

- Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.
- La persona asegurada cometa suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas en los términos del artículo 101 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.
- Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.
- Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.
- Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.





## DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

- h. El fallecimiento se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.

Para la cobertura de gastos médicos por accidente:

- a. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado.
- b. Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.
- c. Hernias inguinales.

### Aclaraciones:

No se reconocerá la cobertura de Incapacidad Total y Permanente cuando esta cesa o el Asegurado fallece, antes de la declaración de la misma.

### DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

- 1. Efectuar el pago de la prima.
- 2. Asumir el deducible estipulado en la Oferta de Seguro en caso de utilizar la cobertura de Gastos médicos por accidente.

El Asegurado Titular deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de suscribir la póliza. En caso de no designar beneficiario, o que la designación se torne ineficaz los beneficiarios serán los herederos legales establecidos en el proceso sucesorio. Para designar como beneficiario a un menor de edad, debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia.

### RECLAMO Y PLAZOS APLICABLES

Para solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) designados deberán presentar los requisitos indicados en las Condiciones Generales, según la cobertura, ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado con el cual adquirió la póliza o en alguna Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación y la totalidad de los requisitos. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

### MEDIOS DE PAGO DE LA PRIMA

- Ingresando a [www.grupoins.com](http://www.grupoins.com)
- Centro de Contactos: 800-TeleINS (800-8353467)
- Directamente en las Oficinas Centrales del Instituto, o sus Sedes o representantes autorizados.

### VIGENCIA DEL SEGURO

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, es prorrogable de manera tácita. Su forma de pago puede ser mensual o anual.

En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a [contactenos@grupoins.com](mailto:contactenos@grupoins.com) o llame a la línea gratuita 800-TeleINS (800-8353467), si ésta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia





# DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

General de Seguros con gusto lo orientará mediante el correo [sugese@sugese.fi.cr](mailto:sugese@sugese.fi.cr) o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

En caso de contradicción entre lo dispuesto en el Dersa y los demás documentos de la póliza, prevalecerá lo más beneficioso para el consumidor de seguros. Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.



El tomador, indicado adelante, acepta la presente propuesta de seguro mediante la cual, la aseguradora el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS se compromete al cumplimiento de las condiciones de la póliza que se ha puesto en conocimiento del tomador por medio de envío al correo electrónico establecido. Este documento conforma igualmente la constancia del aseguramiento.

**LUGAR Y FECHA**

Lugar: Fecha:

**DATOS DEL TOMADOR**

**COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL TOMADOR SEA DISTINTO AL ASEGURADO TITULAR**

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:  
 Tipo de Identificación: Número de Identificación:  
☐ Cédula ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:  
 Tipo de Identificación: Número de Identificación:  
☐ Cédula ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año Teléfono de contacto: Dirección Electrónica:  
 Dirección Exacta del Domicilio Actual:  
 Provincia: Cantón: Distrito:

**DATOS DEL ASEGURADO DEPENDIENTE**

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:  
 Tipo de Identificación: Número de Identificación:  
☐ Cédula ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año Teléfono de contacto: Parentesco:

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

N°	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje de participación	Teléfono de contacto
1						
2						
3						
4						

Para designar como beneficiario a un menor de edad, debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia.

**PLAZO DE VIGENCIA**

Vigencia: Desde: Día / Mes / Año Hasta: Día / Mes / Año

**OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO**

**COLONES**

Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS				Opción Aseguramiento Cónyuge	Prima Mensual (individual)					
	Muerte Accidental	Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente	Renta hospitalaria diaria por accidente	Gastos médicos por accidente		De 18 a 64 años	De 65 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a 89 años	De 90 años en adelante
<input type="checkbox"/>	¢5 000 000	¢5 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢2 179	¢6 583	¢19 785	¢28 151	¢46 527	¢71 535
<input type="checkbox"/>	¢10 000 000	¢10 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢3 214	¢10 456	¢32 708	¢49 440	¢86 194	¢137 117
<input type="checkbox"/>	¢15 000 000	¢15 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢4 250	¢14 328	¢45 631	¢70 731	¢125 861	¢202 698
<input type="checkbox"/>	¢20 000 000	¢20 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢5 286	¢18 200	¢58 554	¢92 020	¢165 528	¢268 280
<input type="checkbox"/>	¢25 000 000	¢25 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢6 321	¢22 073	¢71 477	¢113 310	¢205 194	¢333 862



## COLONES

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS				Opción Aseguramiento Cónyuge	Prima Mensual (individual)					
	Muerte Accidental	Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente	Renta hospitalaria diaria por accidente	Gastos médicos por accidente		De 18 a 64 años	De 65 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 a 89 años	De 90 años en adelante
<input type="checkbox"/>	\$10.000	\$10.000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$4,27	\$12,91	\$38,83	\$55,25	\$91,31	\$140,39
<input type="checkbox"/>	\$20.000	\$20.000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$6,30	\$20,52	\$64,20	\$97,03	\$169,17	\$269,11
<input type="checkbox"/>	\$30.000	\$30.000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$8,34	\$28,12	\$89,55	\$138,81	\$247,01	\$397,82
<input type="checkbox"/>	\$40.000	\$40.000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$10,37	\$35,72	\$114,91	\$180,60	\$324,99	\$526,53
<input type="checkbox"/>	\$50.000	\$50.000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$12,4	\$43,32	\$140,28	\$222,39	\$402,72	\$655,49

La cobertura de Gastos médicos por accidente tiene un deducible fijo de ₡10.000 colones ó \$20,00 por evento según la moneda de la opción contratada.

Para determinar la prima anual en colones deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12, para dólares deberá aplicar un descuento del 4,76% a la prima mensual y multiplicar por 12.

Los costos de primas citados anteriormente ya cuentan con el 2% de impuesto al valor agregado.

## OTROS TEMAS

## FORMA DE ASEGURAMIENTO

INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO.

☐ Aseguramiento por cuenta propia ☐ Aseguramiento por cuenta de un tercero

## AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO

Nombre del tarjetahabiente:		Tipo de Tarjeta:	
		<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Número de Tarjeta / Cuenta:		Fecha de vencimiento:	Número de Póliza:
Moneda:	Forma de Pago de la Prima de Seguro:	Monto a Cargar:	El Cargo Será a Partir de:
<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros u otros medios, en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Así mismo, relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) del medio de pago seleccionado de cualquier responsabilidad si no se encuentra habilitado o no hay fondos suficientes para cubrir el pago. En caso de que el pago no se dé por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

La suscripción de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.

## TEMAS ADICIONALES

- El Asegurado ha sido enterado de que la expedición de este contrato y la cobertura de esta póliza está sujeta al pago de la prima.
- Las Condiciones Generales y el DERSA de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: [www.grupoints.com](http://www.grupoints.com)
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico [contactenos@grupoints.com](mailto:contactenos@grupoints.com). Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.
- El Asegurado declara que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesta que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.
- 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; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.
- Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del asegurado y/o tomador a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo Financiero INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el tomador o asegurado tienen derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.


Firma del Asegurado

## OBSERVACIONES DEL ASEGURADO / INTERMEDIARIO DE SEGUROS / ASEGURADORA

## NOTIFICACIONES

El Asegurado indica que el medio por el cual desea ser notificado sea: \_\_\_\_\_

## FIRMAS CORRESPONDIENTES

Tomador o Asegurado	Intermediario	Instituto Nacional de Seguros
_____ Nombre completo e identificación del Tomador	_____ Nombre y Código de Intermediario	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b>  <b>José Arévalo Ascensio</b> Gerente General a.i. Cédula jurídica 4-000-001902
_____ Firma del Tomador	_____ Correo electrónico Intermediario	
_____ Nombre completo e identificación del Asegurado	_____ Número Teléfono Intermediario	
_____ Firma del Asegurado	_____ Dirección Física del Intermediario	

Registro en SUGESE número P19-57-A01-920 V2 de fecha 26 de agosto del 2022.