

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE
Código de Registro: P19-57-A01-939 V2 de fecha 07 de junio del 2023

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**

Aseguradora: Instituto Nacional de Seguros (INS)

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

Información sobre el producto:

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

BENEFICIOS DEL SEGURO

Esta póliza opera fuera y dentro del territorio nacional durante las veinticuatro (24) horas del día, mientras el Asegurado se encuentre viajando en calidad de turista, estudiante o ejecutivo.

Brinda una indemnización sea por la muerte, incapacidad total o parcial permanente y repatriación de restos mortales; todas estas a causa de accidente.

Ofrece además cobertura de gastos médicos por accidente o enfermedad aguda, dicha cobertura, tanto en su plan básico como en el plus, ampara gastos médicos por enfermedades epidémicas y/o pandémicas.

El plan plus se ofrece una cobertura adicional para asegurados extranjeros no residentes en Costa Rica, mediante la cual se reintegran los gastos de alojamiento en caso de que, resultado de la declaratoria de una enfermedad epidémica y/o pandémica, el asegurado tenga que permanecer en el país.

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

EXCLUSIONES

El Instituto no amparará por:

- **Bajo todas las coberturas:**
 - a. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
 - b. Fusión o fisión nuclear o radiactiva.
 - c. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
- **Para las Coberturas, Muerte Accidental, Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente, Repatriación de Restos Mortales y Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:**

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

- a. 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.
 - b. Participación en competencias o en pruebas de seguridad, resistencia, regularidad, velocidad, con o sin consentimiento del Asegurado.
 - c. Los que ocurran como piloto mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.
 - d. A 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.
 - e. Accidentes que ocurran mientras se practique deporte en forma profesional.
- **Cobertura Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:**
 - a. Gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. La póliza no cubrirá la necesidad de un tratamiento que era predecible antes de la emisión de la misma.
 - b. Intervenciones de cirugía cosmética o de belleza, excepto las que resulten de una lesión traumática cubierta por esta póliza y ocurrida durante la vigencia de la misma.
 - c. Gastos por chequeos médicos o exámenes médicos preventivos.
 - d. Parto y complicaciones de embarazo, excepto si tales complicaciones tienen origen en un accidente o enfermedad aguda que cubra esta póliza.
 - **Cobertura Gastos de Alojamiento:**
 - ❖ Gastos de transporte.

DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

1. Efectuar el pago de la prima.
2. Asumir el deducible correspondiente en caso de utilizar la cobertura de Gastos médicos por accidente o Enfermedad Aguda. Además, en caso de transferencias internacionales, deberá asumir un costo adicional especificado en las Condiciones Generales por concepto de comisión interbancaria.

El Asegurado 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

En caso de un siniestro y que el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) designados requiera de las coberturas de esta póliza, deberá dar aviso al Instituto de tal hecho, dentro de los primeros treinta (30) días naturales de su ocurrencia y presentar los requisitos indicados en las Condiciones Generales.

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

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

- Centro de Contactos: 800-TeleINS (800-8353467)
- Directamente en las Oficinas Centrales del Instituto, o sus Sedes o representantes autorizados.

VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia iniciará en el momento de inicio del viaje. El periodo mínimo de cobertura de esta póliza es de una (1) semana, y hasta un máximo de cincuenta y dos (52) semanas continuas por viaje.

En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a contactenos@grupoins.com o llame a la línea gratuita 800-TeleINS (800-8353467), si ésta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia General de Seguros con gusto lo orientará mediante el correo 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, privará 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.

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE DE CONTENIDO

SECCIÓN A. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA I. DEFINICIONES.....	3
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	5
CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA.....	5
SECCIÓN C. ÁMBITO DE LA COBERTURA.....	5
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA.....	5
CLÁUSULA VI. COBERTURAS.....	6
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA.....	8
CLÁUSULA VI. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACIÓN.....	8
CLÁUSULA VII. RIESGOS EXCLUIDOS.....	8
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	9
CLÁUSULA VIII. BENEFICIARIOS.....	9
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.....	10
CLÁUSULA IX. DEDUCIBLE.....	10
SECCIÓN F. PRIMAS.....	10
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	10
SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	11
CLÁUSULA XI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO.....	11
CLÁUSULA XII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA.....	13
CLÁUSULA XIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN RECLAMACIONES.....	14
SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS.....	14
CLÁUSULA XIV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	14
CLÁUSULA XV. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.....	14
CLÁUSULA XVI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	15
SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS.....	15
CLÁUSULA XVII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	15
CLÁUSULA XVIII. DERECHO DE RETRACTO.....	15
CLÁUSULA XIX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	15
SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	16
CLÁUSULA XX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	16
CLÁUSULA XXI. LEGISLACION APLICABLE.....	16
SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	16
CLÁUSULA XXII. COMUNICACIONES.....	16
SECCIÓN L. LEYENDA DEL REGISTRO.....	17
CLÁUSULA XXIII. REGISTRO DEL PRODUCTO.....	17

SEGURO PARA VIAJEROS 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 PARA VIAJEROS 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:**
 - I. 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.
 - II. Los hijos del Asegurado Titular y/o su cónyuge, siempre y cuando sean menores de veinticinco (25) años. Asimismo, podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.
3. **DEDUCIBLE** Monto o Porcentaje que se establece en las Condiciones Generales, que representa la participación económica del Asegurado en la indemnización de los reclamos, bajo las coberturas en las que aplique.
4. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- 5. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida con hasta trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 6. ENFERMEDAD AGUDA:** Enfermedad de aparición súbita y repentina, de evolución rápida, con una evolución que no sobrepase los 14 días y no corresponda o sea consecuencia de una enfermedad preexistente.
- 7. ENFERMEDAD EPIDEMICA:** Enfermedad aguda, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan en un país o región o que haya sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de la Salud en el caso de Costa Rica o la autoridad equivalente en el caso de que se declare en otros países.-
- 8. ENFERMEDAD PANDEMICA:** Enfermedad aguda, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan simultáneamente en más de un país o continente o que haya sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud facultada para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
- 9. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que, con anterioridad a la adquisición de esta póliza, haya sido:
- Diagnosticada por un médico.
 - De la que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
 - Recibido tratamiento médico, servicios o suministros.
 - Practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos pertinentes.
 - Tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
- 10. GASTOS AMBULATORIOS:** Son todos aquellos costos en que incurre un Asegurado por atención médica bajo las siguientes condiciones:
- Siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica.
 - Permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
- 11. GASTOS DE ALOJAMIENTO:** Costo de hospedaje en los que tenga que incurrir el asegurado por la extensión de su viaje debido a la declaratoria de epidemia y/o pandemia.
- 12. GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos médicos erogados por el Asegurado y aprobados por el Instituto que resulten de la ocurrencia de un evento amparable por esta póliza y que sean

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

indispensables en el diagnóstico o tratamiento de las lesiones provocadas en el accidente o enfermedad aguda.

13. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE: Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta póliza. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica de menos del sesenta y siete por ciento (67%).

14. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE: Es la que se produzca como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión a la póliza y que:

1. El Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual, o
2. La incapacidad sea producida por la pérdida completa e irrecobrable de la vista de ambos ojos, o
3. La incapacidad sea producida por la pérdida total y permanente, por amputación de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.

15. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA. Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.

16. PRIMA: Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.

17. SEMANA: Período de siete días consecutivos

18. TERRORISMO: Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.

19. TOMADOR: Persona física o jurídica que 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.

20. VIAJE: Significa un destino específico reservado dentro o fuera del país, el cual debe comenzar y terminar dentro de un período de cincuenta y dos semanas como máximo y quedar comprendido dentro del período de vigencia de la póliza.

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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 LA COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

Esta póliza opera fuera y dentro del territorio nacional durante las veinticuatro (24) horas del día, mientras el Asegurado se encuentre viajando en calidad de turista, estudiante o ejecutivo.

CLÁUSULA VI. 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.

I. Plan Básico

Esta conformada por las siguientes 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, siempre y cuando la muerte por accidente haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y se encuentre cubierta por esta.
- 2. INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** En caso de que el Asegurado sufra una incapacidad permanente, total o parcial, como consecuencia de un accidente, el Instituto le indemnizará aplicando a la suma asegurada contratada el porcentaje correspondiente al grado de incapacidad permanente, con base en la Tabla de Indemnizaciones por Incapacidad incorporada a continuación:

i) Incapacidad Total Permanente	Porcentaje
Pérdida de visión completa de ambos ojos, pérdida total del uso o separación de: ambos brazos, ambas piernas, ambas manos o pies, y un brazo junto con una pierna o pie	100%
Pérdida total del uso o separación del brazo desde el hombro	75%

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

Pérdida total del uso o separación de la pierna desde la cadera	75%
ii) Incapacidad Parcial Permanente	Porcentaje
Pérdida total irre recuperable de la vista de un ojo	50%
Pérdida total irre recuperable de la audición o del habla	50%
Pérdida total irre recuperable unilateral del oído	15%
Pérdida total del uso o separación del antebrazo o mano	65%
Pérdida total del uso o separación de la pierna desde o abajo de la rodilla	65%
Pérdida total del uso o separación del pulgar (ambas falanges) y dedo índice (tres falanges)	25%
Pérdida total del uso o separación del pulgar (ambas falanges)	15%
Pérdida total del uso o separación del pulgar (una falange)	10%
Pérdida total del uso o separación del dedo índice (tres falanges)	10%

Un daño distinto de los que figuran en los puntos precedentes no dará lugar a indemnización.

Combinación de incapacidades:

Por pérdida de varios miembros u órganos se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total exceda el cien por ciento (100%) de la suma máxima contratada por incapacidad permanente.

3. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES POR ACCIDENTE:

El Instituto se compromete a reintegrar los gastos originados por la repatriación de los restos mortales del Asegurado y/o asegurados dependientes a su país de origen, a quien haya efectuado el pago, contra presentación de las facturas correspondientes, hasta por la suma asegurada contratada en la oferta de seguro, siempre que su deceso se produzca como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA:

El Instituto indemnizará la suma asegurada contratada en la oferta de seguro, de acuerdo con los costos de servicios médicos incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrida durante el período de vigencia de esta póliza, por los conceptos descritos a continuación:

- a. Consultas médicas originadas por tratamientos cubiertos, según las condiciones generales de esta póliza, e intervenciones quirúrgicas.
- b. Honorarios médicos (cirujano, asistente y anestesistas) por intervenciones quirúrgicas, originadas en tratamientos cubiertos por esta póliza.

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- c. Estancias, derecho de sala de operaciones, manutención y tratamientos del enfermo en el hospital o clínica.
- d. Costos de análisis de laboratorio, de estudios de rayos X, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para la diagnosis o tratamiento de una enfermedad aguda o accidente.
- e. Traslado del enfermo o accidentado a la clínica u hospital, en caso de emergencias por accidente o enfermedad aguda.
- f. Medicamentos que le sean prescritos por el médico, así como transfusiones de sangre y plasma.
- g. Gastos por estancia y desayuno de un acompañante, cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado.

II. Plan Plus

Incluye las coberturas del plan básico y la siguiente cobertura adicional:

- **GASTOS DE ALOJAMIENTO:** Esta cobertura opera únicamente en territorio costarricense, para asegurados extranjeros no residentes en Costa Rica, siempre y cuando los eventos que se originan al amparo de esta cobertura ocurran durante la vigencia contratada.

El Instituto se compromete a reintegrar los gastos de alojamiento del Asegurado, contra presentación de las facturas correspondientes, en caso de que como resultado de la declaratoria de una enfermedad epidémica y/o pandémica, el asegurado tenga que permanecer en el país por un periodo mayor al definido en el itinerario inicial de viaje.

Esta cobertura opera máximo por el monto de \$125 diarios o su equivalente en colones, hasta por los límites estipulados en la Oferta de Seguro y cubre únicamente los gastos de alojamiento por los días no previstos en el itinerario inicial de viaje, que se originen por cierre oficial de fronteras declarado por el gobierno o suspensión del medio de transporte internacional contratado u orden médica por ser caso sospechoso o portador de una enfermedad; directamente relacionados con una declaratoria de enfermedad epidémica y/o pandémica.

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 su(s) Asegurado(s) Dependiente(s) gozarán cada uno de las mismas coberturas y montos asegurados según el plan contratado.

CLÁUSULA VI. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACIÓN

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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

No hay edad mínima ni máxima tanto para el Asegurado Titular como para el Asegurado Dependiente en calidad de cónyuge; en el caso de hijos dependientes la edad de contratación va desde los cero (0) hasta veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

CLÁUSULA VII. RIESGOS EXCLUIDOS

El Instituto no amparará por:

- **Bajo todas las coberturas:**
 - a. **Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
 - b. **Fusión o fisión nuclear o radiactiva.**
 - c. **Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
- **Para las Coberturas, Muerte Accidental, Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente, Repatriación de Restos Mortales y Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:**
 - a. **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.**
 - b. **Participación en competencias o en pruebas de seguridad, resistencia, regularidad, velocidad, con o sin consentimiento del Asegurado.**
 - c. **Los que ocurran como piloto mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.**
 - d. **A 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.**
 - e. **Accidentes que ocurran mientras se practique deporte en forma profesional.**
- **Cobertura Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:**
 - a. **Gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. La póliza no cubrirá la necesidad de un tratamiento que era predecible antes de la emisión de la misma.**

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- b. Intervenciones de cirugía cosmética o de belleza, excepto las que resulten de una lesión traumática cubierta por esta póliza y ocurrida durante la vigencia de la misma.
- c. Gastos por chequeos médicos o exámenes médicos preventivos.
- d. Parto y complicaciones de embarazo, excepto si tales complicaciones tienen origen en un accidente o enfermedad aguda que cubra esta póliza.

- **Cobertura Gastos de Alojamiento:**

- **Gastos de transporte.**

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA VIII. BENEFICIARIOS

Tanto el Asegurado Titular como el(los) Asegurados Dependientes deberá(n) 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 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 TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA IX. DEDUCIBLE

Las indemnizaciones sobre los gastos que se giren al amparo de la Cobertura 4. Gastos Médicos Por Accidente o Enfermedad Aguda, estarán sujetas a la aplicación de un deducible del diez por ciento (10%) sobre el monto de los gastos cubiertos, con un mínimo de ₡25.000,00 (veinticinco mil colones) cuando el seguro se suscribe en colones o U\$50 (cincuenta dólares) si se suscribe en dólares; por evento.

En caso de transferencias internacionales para el reintegro de los gastos incurridos por el Asegurado, este deberá asumir un costo de \$23 adicionales al deducible indicado, lo anterior por

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

concepto de comisión bancaria por transferencias al exterior, dicho costo será rebajado automáticamente del monto de la indemnización.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA

El pago de la prima se realiza al Instituto en un solo tracto y de manera anticipada a la contratación.

La prima se establece de acuerdo con la cantidad de semanas del viaje, así como el rango de edad del asegurado y la opción de aseguramiento seleccionada en la Oferta de Seguro.

En caso de que bajo la misma póliza se incluyan el Asegurado Titular y uno, o más, Asegurado(s) Dependiente(s), se otorga un cinco por ciento (5%) de descuento en la prima total.

SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

En caso de un siniestro y que el Asegurado requiera de las coberturas de esta póliza, deberá dar aviso al Instituto de tal hecho, dentro de los primeros treinta (30) días naturales de su ocurrencia.

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

Teléfono: 800-Teleins (800-835-3467)

Correo Electrónico: 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.

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- 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, mediante documento extendido por el Registro Civil o en su defecto Declaración Jurada ante Notario Público. En el caso de los hijos dependientes se debe demostrar la edad cumplida.

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

1. Muerte Accidental:

- a. 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.
- b. 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; debidamente consularizados o apostillados.

2. Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente:

Incapacidad Parcial y Permanente: Certificado del médico tratante con diagnóstico en el que se indique causa y lesión determinada, nombre del miembro afectado y lateralidad, cuando no fue tratado por el INS, en cuyo caso se coordinará una cita con la Jefatura Médica del Hospital del Trauma, para que le fijen el porcentaje de incapacidad.

Incapacidad Total y Permanente: Certificado médico extendido por la Caja Costarricense de Seguro Social, Consejo Médico Forense o un médico designado por el INS en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental debido al accidente, el Asegurado haya perdido el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y se indique que la incapacidad se otorga NO SUJETA A REVISIÓN. Dicho certificado debe contener el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.

3. Repatriación de Restos Mortales:

- Facturas originales o en su defecto, copia certificada por una autoridad competente del país donde se emitieron las facturas.

4. Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- Si el Asegurado utiliza la red de proveedores dentro de Costa Rica, ver la CLÁUSULA XII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA
- Si el Asegurado no utiliza la utiliza la red de proveedores dentro de Costa Rica, el pago se realiza por reembolso y debe presentar lo siguiente:
 - a. El formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentada, con el diagnóstico y la evolución en tiempo días. Formulario disponible en la página web del Instituto o a través de su intermediario de seguros.
 - b. Las facturas canceladas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, deberán ser aportados al momento de presentar la reclamación.
 - c. Recetas de medicamentos, prescripciones de exámenes de laboratorio, radiológicos o de otro examen para diagnóstico.
- Cuando se efectúan gastos fuera de Costa Rica, el Asegurado deberá presentar:
 - a. Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento (desde cuando se presentaron los síntomas) y tratamiento efectuado.
 - b. Facturas con el detalle de los gastos y los comprobantes de pago de dichas facturas.

5. Cobertura por gastos de alojamiento.

- a. Solicitud del Asegurado, la cual deberá enviar al correo cgspssecretaria@grupoins.com o clientescgsp@grupoins.com donde incluya la siguiente información:
 - Número de cuenta bancaria
 - Número de teléfono
 - Nombre y dirección del banco receptor
 - Código SWIFT (suministrado por el banco receptor)
- b. Las facturas del gasto autorizadas por el Ministerio de Hacienda, con el detalle de cada uno de los servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, en el que se identifique claramente el costo del alojamiento.
- c. Copia del itinerario de viaje.
- d. Copia del boleto de regreso.
- e. Documento que acredite que, como resultado de declaratoria de la epidemia o pandemia, el asegurado deba permanecer en el país por un periodo mayor al definido en el itinerario inicial de viaje, salvo que se trate de un hecho público y notorio en Costa Rica en cuyo el caso el INS lo acreditará.

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas, distintos al español e inglés, el Asegurado o el Beneficiario debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si los gastos son objeto de cobertura al amparo de esta póliza, el Instituto indemnizará el costo de dicha traducción dentro de la cobertura que corresponda.

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

CLÁUSULA XII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA

- Atención Ambulatoria dentro de la Red de Proveedores en Costa Rica:

Cuando se requiera atención médica como consecuencia de una enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza, deberá enviar un correo electrónico a la dirección autorizacionesins@grupoins.com o mediante la línea gratuita 800-MEDICAL (800-633-4225) o llamando al número telefónico 2284-8500.

La red de proveedores puede consultarse en el sitio www.grupoins.com

Los servicios médicos de la red de proveedores serán brindados siempre que estén disponibles, en caso de una imposibilidad de brindar el servicio, el asegurado podrá acudir a otro proveedor médico y presentar las facturas para el reembolso respectivo.

- Atención Ambulatoria fuera de la Red de Proveedores en Costa Rica y el resto del mundo:

Si el Asegurado, escoge ser atendido por un profesional o centro médico no afiliado a la Red de Proveedores, deberá presentar al Instituto las facturas por los gastos incurridos para el debido reembolso, los cuales se indemnizarán de acuerdo con los costos de servicios médicos.

Lo anterior aplica de igual manera en los casos de utilización de la cobertura por parte del Asegurado en el extranjero.

CLÁUSULA XIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN 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 H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XIV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Autoexpedible Individual, no renovable ni prorrogable.

La vigencia es por el número de semanas que indique el Asegurado y que se reflejan en la Oferta de Seguro. El periodo mínimo de cobertura de esta póliza es de una (1) semana, y hasta un máximo de cincuenta y dos (52) semanas continuas por viaje.

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

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza y durante la realización del viaje cubierto.

CLÁUSULA XV. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

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

En este caso el INS 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.

Cuando corresponda la devolución de primas, el cálculo respectivo se realizará a prorrata, deduciendo un diecinueve (19%) 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.

Cuando corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

CLÁUSULA XVI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- El asegurado incumpla con la Ley N°7786 o normativa complementaria.

SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XVII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

El Tomador y/o Asegurado 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 Tomador y/o Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

CLÁUSULA XVIII. 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 XIX. 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 J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XX. 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: defensoria@grupoins.com / 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA. 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 o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

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 XXI. LEGISLACION APLICABLE

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

SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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 K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XXII. 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

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

SECCIÓN L. LEYENDA DEL REGISTRO

CLÁUSULA XXIII. REGISTRO DEL PRODUCTO

Registro en SUGESE número P19-57-A01-939 V2 de fecha 07 de junio del 2023.

**INS****INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
PROPUESTA - CONSTANCIA DE SEGURO
SEGURO PARA VIAJEROS AUTOEXPEDIBLE**

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**

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Razón Social:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Jurídico Institución autónoma Gobierno Otro: Número de Identificación:

Relación con el asegurado: Familiar Comercial Laboral Otro:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro: Número de Identificación:

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año Teléfono de contacto: Dirección Electrónica:

Dirección Exacta del Domicilio Actual:

DATOS ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)**DETALLE DE (LOS) ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)**

Nº	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Parentesco
1						
2						
3						

DESTINO(S) DEL VIAJE**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS****BENEFICIARIO DE ASEGURADO TITULAR**

Nº	Nombre Completo	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Parentesco	Porcentaje de participación	Teléfono de contacto
1						

BENEFICIARIO DE ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)

Nº	Nombre Completo	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Parentesco	Porcentaje de participación	Teléfono de contacto
1						
2						
3						

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

PLAN BÁSICO

Opciones de Plan Básico (Marque la opción según la moneda elegida)

COLONES						
COBERTURAS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 4	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 5	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 6
Muerte Accidental	¢10.000.000	¢20.000.000	¢30.000.000	¢40.000.000	¢50.000.000	¢60.000.000
Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente	¢10.000.000	¢20.000.000	¢30.000.000	¢40.000.000	¢50.000.000	¢60.000.000
Repatriación de Restos mortales por accidente	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000	¢5.000.000	¢6.000.000
Gastos medicos por accidente o enfermedad aguda	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000	¢5.000.000	¢6.000.000
DÓLARES						
COBERTURAS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 4	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 5	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 6
Muerte Accidental	\$25.000	\$50.000	\$75.000	\$100.000	\$150.000	\$200.000
Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente	\$25.000	\$50.000	\$75.000	\$100.000	\$150.000	\$200.000
Repatriación de Restos mortales por accidente	\$2.500	\$5.000	\$7.500	\$10.000	\$15.000	\$20.000
Gastos medicos por accidente o enfermedad aguda	\$2.500	\$5.000	\$7.500	\$10.000	\$15.000	\$20.000

PLAN PLUS

Opciones de Plan Plus (Marque la opción según la moneda elegida)

COLONES							
COBERTURAS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 4	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 5	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 6	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 7
Muerte Accidental	¢10.000.000	¢20.000.000	¢30.000.000	¢40.000.000	¢50.000.000	¢60.000.000	¢10.000.000
Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente	¢10.000.000	¢20.000.000	¢30.000.000	¢40.000.000	¢50.000.000	¢60.000.000	¢10.000.000
Repatriación de Restos mortales por accidente	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000	¢5.000.000	¢6.000.000	¢1.000.000
Gastos medicos por accidente o enfermedad aguda	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000	¢5.000.000	¢6.000.000	¢6.000.000
Gastos de Alojamiento	¢750.000	¢1.000.000	¢1.250.000	¢1.500.000	¢1.750.000	¢2.000.000	¢1.000.000
DÓLARES							
COBERTURAS	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 4	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 5	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 6	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 7
Muerte Accidental	\$25.000	\$50.000	\$75.000	\$100.000	\$150.000	\$200.000	\$25.000
Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente	\$25.000	\$50.000	\$75.000	\$100.000	\$150.000	\$200.000	\$25.000
Repatriación de Restos mortales por accidente	\$2.500	\$5.000	\$7.500	\$10.000	\$15.000	\$20.000	\$2.500
Gastos medicos por accidente o enfermedad aguda	\$2.500	\$5.000	\$7.500	\$10.000	\$15.000	\$20.000	\$20.000
Gastos de Alojamiento	\$1.500	\$2.000	\$2.500	\$3.000	\$3.500	\$4.000	\$2.000

Rango de edad: De 0 a 18 años De 19 a 45 años De 46 a 70 años De 70 a 80 años De más de 80 años

Plan elegido: Moneda: Cantidad de semanas:

MONTO DE LA PRIMA: 00/100)*

Nota: Cuando el pago de la prima se realiza mediante cheque bancario- caso en el cual se hará constar sus datos, la validez de esta póliza queda condicionada a que este título - valor lo haga inmediatamente efectivo el girado.

(*) A los precios anteriores se les debe sumar el 2% de impuesto según Ley 9635 que rige a partir del 1° de Julio del 2019.

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

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.grupoins.com
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@grupoins.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.
- El Asegurado expresa libremente que la información brindada y detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

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.
- Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado 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 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 Asegurado tiene 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

Firma del Tomador:

Correo electrónico Intermediario:

Nombre completo e identificación del Asegurado:

Número Teléfono Intermediario:

Firma del Asegurado:

Dirección Física del Intermediario:

Firma Representante Legal

Registro en SUGESE número P19-57-A01-939 V2 de fecha 07 de junio del 2023.