

# DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

**SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE**  
Código de Registro: P19-57-A01-951 de fecha 19 de octubre del 2021

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.ins-cr.com](http://www.ins-cr.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@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com)

## Información sobre el producto:

Información y Condiciones Generales: [www.ins-cr.com/](http://www.ins-cr.com/)  
Instancia de protección al consumidor: Contraloría de Servicios: [cservicios@grupoins.com](mailto:cservicios@grupoins.com) / 2287-6161 / 800INS-Contraloría

## BENEFICIOS DEL SEGURO

Brinda una indemnización en caso de fallecimiento del asegurado de forma accidental, complementariamente ofrece un monto adicional para gastos funerarios.

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

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.
- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario.
- 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.

## Aclaraciones:

No se reconocerá el pago de la Cobertura Funeraria en los casos en que la Cobertura de Muerte Accidental no se ampare.

## DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

- Efectuar el pago de la prima.
- 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

## DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

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.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com) (con usuario del INS en línea o registrarse).
- 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.

Asimismo, esta póliza puede ser suscrita por un período de corto plazo de treinta (30) días naturales, en tal caso la misma no podrá ser prorrogable.

**En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a [cservicios@grupoins.com](mailto:cservicios@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](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, 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 ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### TABLA 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 .....	5
CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACION .....	6
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA.....	6
CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES .....	6
<b>SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. ....</b>	<b>7</b>
CLÁUSULA VII. BENEFICIARIOS .....	7
<b>SECCIÓN E. PRIMAS .....</b>	<b>7</b>
CLÁUSULA VIII. PRIMA DE LA PÓLIZA .....	7
CLÁUSULA IX. PAGO DE PRIMAS.....	7
CLÁUSULA X. PERÍODO DE GRACIA.....	7
<b>SECCIÓN F. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....</b>	<b>8</b>
CLÁUSULA XI AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA .....	8
<b>SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS .....</b>	<b>8</b>
CLÁUSULA XII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	8
CLÁUSULA XIII. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES.....	9
<b>SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS.....</b>	<b>10</b>
CLÁUSULA XIV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	10
CLÁUSULA XV. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	10
CLÁUSULA XVI. CANCELACIÓN ANTICIPADA.....	10
<b>SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS.....</b>	<b>10</b>
CLÁUSULA XVII. RECTIFICACION DE LA POLIZA .....	10
CLÁUSULA XVIII. DERECHO DE RETRACTO.....	11
CLÁUSULA XIX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO .....	11
<b>SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. ....</b>	<b>11</b>

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	11
CLÁUSULA XXI. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	11
<b>SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES. ....</b>	<b>12</b>
CLÁUSULA XXII. COMUNICACIONES .....	12
<b>SECCIÓN L. LEYENDA DE REGISTRO. ....</b>	<b>12</b>
CLAUSULA XXIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA .....	12

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, cédula jurídica 40000-1902-22 (“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 ACCIDENTES FAMILIAR 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, que da lugar a una lesión corporal traumática; y no sea originado como consecuencia de la ingesta de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
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(S) DEPENDIENTE(S):**
    - 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.
3. **COLUSIÓN:** Pacto o acuerdo que se establece con otra persona con perjuicio o daño para un tercero o para sí mismo.
4. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.
5. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
6. **PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
7. **PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
8. **TERRORISMO:** Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
9. **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

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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.**

#### **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. Cobertura de 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. Cobertura Funeraria:**

El Instituto pagará una indemnización adicional a la cobertura de Muerte Accidental por el monto seleccionado en la Oferta de Seguro al (los) Beneficiario(s) designados en caso de fallecimiento del Asegurado Titular, o a este, en caso de fallecimiento del Asegurado Dependiente, siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y se encuentre cubierto por esta.

**No se reconocerá el pago de la Cobertura Funeraria en los casos en que la Cobertura de Muerte Accidental no se ampare.**

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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

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.

Las edades de contratación del seguro son de 18 años en adelante, tanto para el Asegurado Titular como para el Asegurado Dependiente en calidad de cónyuge o conviviente, y desde los cero (0) hasta veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días para los hijos dependientes.

Cuando el (los) Asegurado(s) Dependiente(s) hijo(s) alcance(n) la edad de veinticinco (25) años, se mantendrá(n) cubierto(s) hasta la siguiente prórroga anual, en la que automáticamente será(n) excluido(s) de la póliza y cesará el amparo bajo todas las coberturas para dicho(s) dependiente(s).

### 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 Asegurado 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:

- a. Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.
- b. Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave del tomador, asegurado o beneficiario.
- c. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- d. Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.
- e. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.
- f. Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

#### **CLÁUSULA VII. BENEFICIARIOS**

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

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.

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

### SECCIÓN E. PRIMAS

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

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

#### **CLÁUSULA IX. 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 X. 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.

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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

#### **CLÁUSULA XI AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA**

En caso de prórroga tácita, 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:

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 G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

#### **CLÁUSULA XII. 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@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com)

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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. 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.
- d. 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.
- e. 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.

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, los mismos debidamente consularizados o apostillados.

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

### CLÁUSULA XIII. 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.

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

#### CLÁUSULA XIV. 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, es prorrogable de manera tácita salvo que el asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Asimismo, esta póliza puede ser suscrita por un período de corto plazo de treinta (30) días naturales, en tal caso la misma no podrá ser prorrogable.

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

#### CLÁUSULA XV. 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. Si el Asegurado incumple con la Ley 8204.
3. Fallecimiento del Asegurado Titular.

#### CLÁUSULA XVI. CANCELACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

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.

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 I. CONDICIONES VARIAS

#### CLÁUSULA XVII. RECTIFICACION DE LA POLIZA

El 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.

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del 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 Contraloría de Servicios: [cservicios@grupoins.com](mailto:cservicios@grupoins.com) / 2287-6161 / 800INS-Contraloría. 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.

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. 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

## SEGURO ACCIDENTES FAMILIAR AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com)

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

### **SECCIÓN L. LEYENDA DE REGISTRO.**

#### **CLAUSULA XXIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA**

Registro en SUGESE número P19-57-A01-951 de fecha 19 de octubre del 2021.

Colones  Dólares

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:  Cédula  DIMEX  DIDI  Pasaporte  Otro:  Número de identificación:

**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:

Provincia:  Cantón:  Distrito:

**DATOS ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)**

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

N°	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Parentesco
1						
2						
3						
4						

**DATOS ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)**

**DETALLE 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 Familiar	Prima Mensual (individual)	Prima Mensual Grupo Familiar
	Cobertura de Muerte Accidental	Cobertura Funeraria			
<input type="checkbox"/>	¢1 000 000	¢1 000 000	<input type="checkbox"/>	¢259	
<input type="checkbox"/>	¢2 000 000	¢1 000 000	<input type="checkbox"/>	¢389	
<input type="checkbox"/>	¢3 000 000	¢1 000 000	<input type="checkbox"/>	¢518	

**DÓLARES**

Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS		Opción Aseguramiento Familiar	Prima Mensual (individual)	Prima Mensual Grupo Familiar
	Cobertura de Muerte Accidental	Cobertura Funeraria			
<input type="checkbox"/>	\$2 000	\$2 000	<input type="checkbox"/>	\$0,50	
<input type="checkbox"/>	\$4 000	\$2 000	<input type="checkbox"/>	\$0,75	
<input type="checkbox"/>	\$6 000	\$2 000	<input type="checkbox"/>	\$1,02	

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 DEL TOMADOR / ASEGURADO POR EL COBRO DE PRIMA**

Nombre del tarjetahabiente:

Tipo de Tarjeta:  Visa  Master Card  American Express  Otro:

Número de Tarjeta / Cuenta:

Fecha de vencimiento:

Número de Póliza:

Moneda:

Colones  Dólares

Forma de Pago de la Prima de Seguro:

Mensual  Anual  Mensual (pago único)

Monto a Cargar:

El Cargo Será a Partir de:

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 declarado que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además ha manifestado que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.
- El Asegurado ha sido enterado que la cobertura de esta Póliza está sujeta al pago de prima en los plazos y montos establecidos en el presente documento.

**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**

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.

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 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.

Las Condiciones Generales y DERSA de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)

Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467), el correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com) y nuestras oficinas centrales ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.

Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo 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.

Nombre completo e identificación del Tomador

Firma del Tomador

Nombre completo e identificación del Asegurado

Firma del Asegurado

**Intermediario**

Nombre y Código de Intermediario

Correo electrónico Intermediario

Número Teléfono Intermediario

Dirección Física del Intermediario

**Instituto Nacional de Seguros**

Firma Representante Legal

**Registro en SUGESE número P19-57-A01-951 de fecha 19 de octubre del 2021**