



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES.....	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES.....	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	6
CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA.....	6
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.....	6
CLÁUSULA III. COBERTURAS.....	6
CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACIÓN.....	8
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA.....	9
CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES.....	9
CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA.....	10
CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD.....	10
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	11
CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS.....	11
SECCIÓN E. PRIMAS.....	11
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	11
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS.....	11
CLÁUSULA XII. PERÍODO DE GRACIA.....	12
SECCIÓN F. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....	12
CLÁUSULA XIII AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....	12
SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	12
CLÁUSULA XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	12
CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES.....	14
CLÁUSULA XVI. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL.....	14
SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS.....	14
CLÁUSULA XVII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	14
CLÁUSULA XVIII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	15
CLÁUSULA XIX. CANCELACIÓN ANTICIPADA.....	15
SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS.....	15
CLÁUSULA XX. RECTIFICACION DE LA POLIZA.....	15
CLÁUSULA XXI. DERECHO DE RETRACTO.....	15
CLÁUSULA XXII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	15



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	16
CLÁUSULA XXIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	16
CLÁUSULA XXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE	16
SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	16
CLÁUSULA XXV. COMUNICACIONES	16
SECCIÓN L. LEYENDA DE REGISTRO.....	17
CLÁUSULA XXVI. REGISTRO DEL PRODUCTO	17



SEGURO VIDA PROTEGIDA 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

MBA. Luis Fernando Monge Salas
Gerente General
Cédula jurídica 4-000-001902



SEGURO VIDA PROTEGIDA 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. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV):** Cualquier accidente vascular cerebral de duración superior a 24 horas que produzca secuelas neurológicas persistentes de más de 15 días. Están incluidos en la cobertura los accidentes cerebrovasculares producidos por infarto del tejido cerebral, hemorragia intracraneal.
3. **ASEGURADO:**
 - a. **ASEGURADO TITULAR:** Persona física que está expuesta al riesgo, el cual traslada al asegurador, la cual asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato en ausencia del tomador.
 - b. **ASEGURADO DEPENDIENTE:** El Cónyuge o persona que cohabita con el Asegurado Titular por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única, estable y demostrable.
4. **CÁNCER:** Se refiere a la presencia de un tumor que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal circundante y a distancia.
5. **CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única, estable y demostrable.
6. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.
7. **DISPUTABILIDAD:** Cláusula que permite al Instituto durante un período de tiempo disputar la validez del contrato por reticencia o declaraciones inexactas del asegurado, así como por enfermedades preexistentes no manifestadas al perfeccionarse el contrato.
8. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
9. **ENFERMEDAD GRAVE:** Cuando un médico especialista habilitado para el ejercicio legal de la profesión acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado con:
 - a. Cáncer
 - b. Accidente Cerebro Vascular
 - c. Insuficiencia renal



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

d. Infarto miocardio

10. HOSPITAL O CLÍNICA: Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.

11. 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 irrecobable 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.

12. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo a la zona respectiva y cuyo diagnóstico debe ser confirmado simultáneamente por los dos siguientes criterios:

- a. Cambios agudos en el electrocardiograma.
- b. Elevación de las enzimas cardíacas

13. INSUFICIENCIA RENAL: Definida como la insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones que exija la necesidad de someterse regularmente a diálisis peritoneal o hemodiálisis.

14. MEDICINA VIRTUAL: Es la prestación a distancia de atención médica, la cual permite el intercambio de información entre el médico y el Asegurado, utilizando herramientas audiovisuales para orientar al paciente sobre la conducta a seguir respecto a su patología o consulta

15. PERIODO DE CARENCIA: Periodo de tiempo con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, durante el cual no se amparará la reclamación

16. PERIODO DE GRACIA: Extensión del periodo de pago de la prima posterior a la fecha de vencimiento durante el cual puede ser pagada sin intereses y recargos y en el cual se mantienen los derechos del Asegurado.

17. PRE-EXISTENCIA: Toda enfermedad, lesión, accidente o discapacidad física, que haya sufrido el Asegurado, con anterioridad a la adquisición de la póliza, y que:

- a. Haya sido diagnosticada por un médico; o



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- b. Por sus síntomas no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas;
o
- c. El Asegurado haya recibido tratamiento médico, servicios o suministros, practicado o recomendado exámenes de diagnósticos, tomado medicinas.

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

19. PRIMA NO DEVENGADA: Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

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

21. 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.

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 sí el siniestro ocurra dentro o fuera del país.

Esta póliza está conformada por un paquete de coberturas.

1. Cobertura de Muerte No Accidental:

El Instituto pagará la suma asegurada seleccionada en la Oferta de Seguro al (los) Beneficiario(s) designados en caso de muerte no accidental del Asegurado Titular, o a este, en caso de muerte no



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

accidental del Asegurado Dependiente, siempre y cuando el siniestro haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y se encuentre cubierta por esta.

2. 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.

3. Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:

Esta cobertura indemniza la suma asegurada, en caso de que el Asegurado Titular 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.

4. Cobertura por Diagnóstico por Enfermedad Grave:

Esta cobertura indemniza la suma asegurada en caso de que al Asegurado Titular o Asegurado Dependiente sea(n) diagnosticado(s) por primera vez de algunas de estas enfermedades graves:

- a. Cáncer
- b. Accidente Cerebro Vascular
- c. Insuficiencia renal
- d. Infarto miocardio

El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.

5. Cobertura Trasplante de Órganos y Tejidos:

Esta cobertura indemniza la suma asegurada en caso de que el Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, presenten un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista, indicando que debe(n) someterse a un trasplante de los siguientes órganos o tejidos: corazón, pulmones, páncreas, riñón, hígado, córnea y médula. Debe cumplir con los requisitos que se indican en la cláusula de Procedimiento en caso de Siniestro.

Esta cobertura opera una única vez y por un solo trasplante de los mencionados en esta póliza.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

6. Cobertura Funeraria:

El Instituto pagará una indemnización adicional a la cobertura de Muerte Accidental o Muerte No 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 esta cobertura en los casos en que las coberturas de muerte accidental o no accidental no se amparen.

7. Cobertura de Desamparo Súbito Familiar:

Se otorgará la suma asegurada indicada en la Oferta de Seguro al (los) Beneficiario(s) designados por el Asegurado Titular, en caso de que este fallezca junto con su cónyuge o conviviente en un mismo accidente amparado por esta póliza, en el término de 72 horas posteriores a dicho evento.

Esta cobertura no tiene costo para el Asegurado.

8. Servicio de Asistencia Medicina Virtual:

El asegurado podrá solicitar el servicio de medicina virtual a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7, mediante la cual se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva.

En caso de que en dicha consulta médica sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá con la indicación correspondiente. Los costos de dichos servicios adicionales no forman parte de la asistencia médica agregada a esta póliza.

La atención y orientación médica mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir el asegurado no asume ningún costo.

En caso de que el Asegurado requiera detalle en tiempo real de los horarios más próximos, así como información actualizada de los proveedores que brindan el servicio, podrá consultarlos en la dirección electrónica: medicinavirtual.ins-cr.com

La cantidad de consultas virtuales otorgadas por asegurado será ilimitada por año-póliza, siempre y cuando la póliza esté vigente.

CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACIÓN

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.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE

CONDICIONES GENERALES

Las edades de contratación del seguro son de 18 años en adelante, tanto para el Asegurado Titular como para Asegurado (a) 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

1. Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:

- a. Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.
- b. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- c. Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.
- d. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.
- e. 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.
- f. Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.
- g. 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.

2. Para la Cobertura por Diagnostico por Enfermedad Grave:

- a. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- b. La cirugía estética, plástica, aunque sea originada por un cáncer cubierto por esta póliza.
- c. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en hospital o clínicas que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
- d. Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- e. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Médico Especialista.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- f. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
 - g. Se excluyen los siguientes tumores:
 - i. Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no existe diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.
 - ii. Leucemia linfocítica crónica en etapa anterior a Estadio I de RAI o Estadio A-1 de Binet.
 - iii. Melanomas y todos los cánceres de piel, a menos que haya evidencia de metástasis o el tumor sea un melanoma maligno mayor de 1.5 mm de espesor máximo determinado por el examen histológico utilizando el método Breslow.
 - iv. Micro-carcinoma papilar de la tiroides.
 - v. Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrito como TaN0M0 o con una clasificación menor.
 - vi. Tumores benignos, tumores encapsulados, carcinomas in situ y/o el cáncer donde no se haya roto la pared del epitelio basal.
3. Para la Cobertura Trasplante de Órganos y Tejidos:
- a. Los trasplantes considerados como experimentales o investigativas.
 - b. Cuando el órgano o tejido a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.

CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA

El Instituto no pagará el monto asegurado indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, durante los primeros sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de emisión de esta póliza:

- a. Es diagnosticado o muere por enfermedad grave.
- b. Muere por causa no accidental.
- c. Requiera someterse a un trasplante de órganos o tejidos.

CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD

Este seguro será disputable si el Asegurado fallece por alguna de las enfermedades declaradas en la Oferta de Seguro.

Si en los primeros dos (2) años, a partir del perfeccionamiento de esta póliza, se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la emisión y el evento ocurre durante el plazo indicado, **permite liberar al Instituto de su responsabilidad de pago.**



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

CLÁUSULA IX. 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. PRIMAS

CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

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 447%, dependiendo del plan contratado
De 75 a 79 años	Hasta un 133%, dependiendo del plan contratado
De 80 a 84 años	Hasta un 67%, dependiendo del plan contratado
De 85 a 89 años	Hasta un 70%, dependiendo del plan contratado
De 90 años en adelante	Hasta un 93%, dependiendo del plan contratado

CLÁUSULA XI. 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



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XII. 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 llegaran 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 F. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

CLÁUSULA XIII 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:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Desde 0% hasta 25%	No aplica
Más de 25% hasta 35%	Recargo de 22%
Más de 35% hasta 45%	Recargo de 45%
Más de 45% hasta 60%	Recargo de 76%
Más de 60%	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 XIV. 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.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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

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

- **Para las coberturas de Muerte no Accidental, Muerte Accidental y Cobertura Funeraria:**

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.

Adicionalmente, para la cobertura de Muerte Accidental, 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 o no accidental ocurra en el extranjero se deberá aportar el documento oficial, mediante el cual se certifica la muerte en el país de ocurrencia del deceso y en caso de muerte accidental fotocopia completa del expediente judicial, ambos documentos debidamente consularizados o apostillados.

- **Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente:**

Declaratoria oficial de incapacidad permanente, expedida por la Caja Costarricense del Seguro Social, Poder Judicial o el Instituto Nacional de Seguros en los casos relacionados con los



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

Regímenes del Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles y demás casos no atendidos por las primeras dos instituciones; para ello se debe presentar documentación que indique 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.

- **Para la cobertura por diagnóstico por enfermedad grave y cobertura trasplante de órganos y tejidos:**

Para que la solicitud de indemnización sea considerada como válida, se requiere la presentación de un informe escrito con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, que deberá incluir:

- a. Estudios clínicos.
- b. Estudios radiológicos.
- c. Estudios histológicos, y/o de laboratorio.
- d. Diagnóstico e informe del médico tratante que indique la necesidad del trasplante.

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

CLÁUSULA XV. 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.

CLÁUSULA XVI. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL

El asegurado se pondrá en contacto con el servicio mediante la aplicación tecnológica APP INS 24/7, en la cual podrá solicitar el beneficio correspondiente y se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva.

La APP INS 24/7 está disponible para Android e IOS y para su utilización se requiere una cuenta que puede ser creada directamente desde dicha aplicación, con tan solo ingresar tipo y número de identificación, nombre completo, número telefónico y dirección de correo electrónico.

SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

CLÁUSULA XVII. 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.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XVIII. 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 o normativa complementaria.
3. Fallecimiento del Asegurado Titular.

CLÁUSULA XIX. 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. Si el pago de la prima es Mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

Cuando corresponda la devolución de primas, el cálculo respectivo se realizará a prorrata, deduciendo un veintidós (22%) 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 XX. 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.

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

CLÁUSULA XXI. 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 XXII. 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.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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 XXIII. 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-DEFENSORÍA / 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 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 XXIV. 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 K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

CLÁUSULA XXV. 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.



SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN L. LEYENDA DE REGISTRO.

CLÁUSULA XXVI. REGISTRO DEL PRODUCTO

Registro en SUGESE número P14-26-A01-909 V2 de fecha 03 de diciembre del 2022.



DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

SEGURO VIDA PROTEGIDA AUTOEXPEDIBLE
Código de Registro: P14-26-A01-909 V2 de fecha 03 de diciembre 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**

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

Brinda una indemnización en caso de Muerte no Accidental, Muerte Accidental, o bien si es declarado Incapacitado Total y Permanente a causa de un accidente.

Ofrece además una indemnización ante el Diagnostico de Enfermedad Grave amparada en la póliza o en el caso de que el asegurado deba someterse a un trasplante de órganos y tejidos; complementariamente da un monto asegurado para los gastos funerarios por la muerte amparada en la póliza y posee una cobertura de desamparo súbito familiar.

Adicionalmente cuenta con el servicio de asistencia medicina virtual mediante la cual un profesional de la salud le brindará orientación sobre la conducta a seguir respecto a su patología o consulta médica.

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:

- a. Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.
- b. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- c. Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.
- d. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.
- e. 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.
- f. Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.
- g. 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.



DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

Para las coberturas de Primer Diagnóstico de Enfermedad Grave y Trasplante de Órganos y Tejidos se definen otras exclusiones, las cuales están claramente señaladas en las Condiciones Generales de este seguro, según la cobertura a afectar.

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.

No se reconocerá la cobertura Funeraria cuando la muerte accidental o no accidental no se amparen.

DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

1. 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 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.

Para acceder al Servicio de Medicina Virtual el asegurado se pondrá en contacto con el servicio mediante la aplicación tecnológica APP INS 24/7, en la cual podrá solicitar el beneficio correspondiente.

MEDIOS DE PAGO DE LA PRIMA

- Ingresando a 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 ccontactenos@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.

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:
--------	--------

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

DATOS DEL TOMADOR	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Dimex <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		Número de Identificación:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Dimex <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		Número de Identificación:
	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: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Dimex <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		Número de Identificación:
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Teléfono de contacto:	Parentesco:

ASPECTOS RELACIONADOS AL RIESGO	Declaro que tanto mi persona como el asegurado dependiente, no padecemos o hemos padecido y no estamos siendo estudiados, ni esperando resultados por alguna de las siguientes enfermedades:		
	1- Hipertensión Arterial	6- SIDA	11- Queratocono
	2- Infarto de Miocardio	7- Infecciones por el virus VIH (SIDA)	12- Enfermedades de la sangre
3- Derrame Cerebral	8- Bronquitis crónica o enfisema	13- Pérdida de peso sin justificación	
4- Diabetes Mellitus	9- Insuficiencia Renal		
5- Tumores malignos o cáncer	10- Cirrosis Hepática		
En caso de padecer alguna de las anteriores enfermedades no se podrá emitir esta modalidad de seguro. En caso de que se presente un siniestro por esta póliza a consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso libera al Instituto de su responsabilidad de pago.			
Preexistencia: Toda enfermedad, lesión, accidente o discapacidad física, que haya sufrido el Asegurado, con anterioridad a la adquisición de la póliza, y que:			
a. Haya sido diagnosticada por un médico; o			
b. Por sus síntomas no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas; o			
c. El Asegurado haya recibido tratamiento médico, servicios o suministros, practicado o recomendado exámenes de diagnósticos, tomado medicinas.			

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	Nº	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								Servicio de Asistencia Medicina Virtual	Opción Aseguramiento Cónyuge	Prima Mensual (individual)					
	Cobertura de Muerte No Accidental	Cobertura de Muerte Accidental	Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente	Cobertura por Diagnóstico por Enfermedad Grave	Cobertura Trasplante de Órganos y Tejidos	Cobertura Funeraria	Cobertura de Desamparo Súbito Familiar	Ilimitadas			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	¢10 000 000	¢10 000 000	¢2 000 000	¢2 000 000	¢1 000 000	¢2 000 000	Ilimitadas	<input type="checkbox"/>	¢8 310	¢45 445	¢89 411	¢140 771	¢230 070	¢432 693	
<input type="checkbox"/>	¢10 000 000	¢20 000 000	¢20 000 000	¢2 000 000	¢2 000 000	¢1 000 000	¢2 000 000		<input type="checkbox"/>	¢13 130	¢70 869	¢152 716	¢248 089	¢413 470	¢788 268	
<input type="checkbox"/>	¢15 000 000	¢30 000 000	¢30 000 000	¢2 000 000	¢2 000 000	¢1 000 000	¢2 000 000		<input type="checkbox"/>	¢17 952	¢96 293	¢216 022	¢355 408	¢596 870	¢1 143 843	
<input type="checkbox"/>	¢20 000 000	¢40 000 000	¢40 000 000	¢2 000 000	¢2 000 000	¢1 000 000	¢2 000 000		<input type="checkbox"/>	¢22 774	¢121 718	¢279 326	¢462 726	¢780 270	¢1 499 417	
<input type="checkbox"/>	¢25 000 000	¢50 000 000	¢50 000 000	¢2 000 000	¢2 000 000	¢1 000 000	¢2 000 000		<input type="checkbox"/>	¢27 594	¢147 141	¢342 632	¢570 043	¢963 669	¢1 854 992	

DÓLARES

Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS								Servicio de Asistencia Medicina Virtual	Opción Aseguramiento Cónyuge	Prima Mensual (individual)					
	Cobertura de Muerte No Accidental	Cobertura de Muerte Accidental	Cobertura de Incapacidad Total y Permanente a causa de accidente	Cobertura por Diagnóstico por Enfermedad Grave	Cobertura Trasplante de Órganos y Tejidos	Cobertura Funeraria	Cobertura de Desamparo Súbito Familiar	Ilimitadas			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	\$20 000	\$20 000	\$4 000	\$4 000	\$2 000	\$4 000	Ilimitadas	<input type="checkbox"/>	\$16,31	\$89,19	\$175,48	\$276,28	\$451,54	\$849,20	
<input type="checkbox"/>	\$20 000	\$40 000	\$40 000	\$4 000	\$4 000	\$2 000	\$4 000		<input type="checkbox"/>	\$25,76	\$139,09	\$299,72	\$486,91	\$811,48	\$1 547,07	
<input type="checkbox"/>	\$30 000	\$60 000	\$60 000	\$4 000	\$4 000	\$2 000	\$4 000		<input type="checkbox"/>	\$35,23	\$188,99	\$423,96	\$697,53	\$1 171,43	\$2 244,92	
<input type="checkbox"/>	\$40 000	\$80 000	\$80 000	\$4 000	\$4 000	\$2 000	\$4 000		<input type="checkbox"/>	\$44,70	\$238,88	\$548,21	\$908,16	\$1 531,37	\$2 942,78	
<input type="checkbox"/>	\$50 000	\$100 000	\$100 000	\$4 000	\$4 000	\$2 000	\$4 000		<input type="checkbox"/>	\$54,16	\$288,78	\$672,45	\$1 118,78	\$1 891,31	\$3 640,63	

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.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.

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	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS  MBA. Luis Fernando Monge Salas Gerente General 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 P14-26-A01-909 V2 de fecha 03 de diciembre del 2022