

# DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

**SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE**  
Código de Registro: P20-62-A01-918 V3 de fecha 13 de mayo 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](http://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](mailto:contactenos@grupoins.com)

## Información sobre el producto:

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

## BENEFICIOS DEL SEGURO

Brinda al Asegurado el monto suscrito en caso de ser diagnosticado por primera vez de cáncer, ofrece una suma adicional según sea el tipo de cáncer, cuenta además con una renta diaria en caso de hospitalización y pago en caso de requerir una cirugía reconstructiva o por muerte, estas últimas tres a consecuencia del cáncer cubierto por la póliza.

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.

## EXCLUSIONES

Se detallan las principales condiciones por la que no se ampararán los reclamos:

- a. Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.
- b. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
- c. 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.

## DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

- d. Las agravaciones del cáncer, 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.
- e. Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
- f. 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.

Cabe indicar que existen otras exclusiones, claramente señaladas en las Condiciones Generales de este seguro.

### Aclaraciones:

Las coberturas de Pago adicional por muerte, Renta diaria por hospitalización e Pago adicional por cirugía reconstructiva operan siempre y cuando ocurran dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico del cáncer cubierto por esta póliza, independientemente de que el plazo de vigencia hubiere terminado.

En el caso de la cobertura de Pago adicional por cirugía reconstructiva lo que se requiere que ocurra en dicho plazo, es la presentación de la constancia indicando la necesidad de la misma, indistintamente del momento en que deba realizarse la cirugía.

### DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

- Efectuar el pago de la prima.

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

Para solicitar el pago en caso de siniestro, 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, mediante las cuales podrá solicitar el beneficio correspondiente.

### MEDIOS DE PAGO DE LA PRIMA

- Ingresando a [www.grupoins.com](http://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 póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, es prorrogable de manera tácita. Su forma de pago puede ser mensual o anual.

**En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a [contactenos@grupoins.com](mailto:contactenos@grupoins.com) o llame a la línea gratuita 800-TeleINS (800-8353467), si ésta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia 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 ONCOLÓGICO PLUS 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. EDAD DE CONTRATACIÓN.....	7
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA.....	7
CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES.....	7
CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA.....	8
CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD.....	8
<b>SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....</b>	<b>8</b>
CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS.....	8
<b>SECCIÓN E. PRIMAS.....</b>	<b>9</b>
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	9
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS.....	9
CLÁUSULA XII. PERÍODO DE GRACIA.....	9
<b>SECCIÓN F. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....</b>	<b>10</b>
CLÁUSULA XIII AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....	10
<b>SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....</b>	<b>10</b>
CLÁUSULA XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	10
CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES.....	12
CLÁUSULA XVI. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL.....	12
<b>SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS.....</b>	<b>12</b>
CLÁUSULA XVII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	12
CLÁUSULA XVIII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	12
CLÁUSULA XIX. CANCELACIÓN ANTICIPADA.....	12
<b>SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS.....</b>	<b>13</b>
CLÁUSULA XX. RECTIFICACION DE LA POLIZA.....	13
CLÁUSULA XXI. DERECHO DE RETRACTO.....	13

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	13
<b>SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....</b>	<b>13</b>
CLÁUSULA XXIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	13
CLÁUSULA XXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	14
<b>SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....</b>	<b>14</b>
CLÁUSULA XXV. COMUNICACIONES.....	14
<b>SECCIÓN L. LEYENDA DE REGISTRO.....</b>	<b>14</b>
CLÁUSULA XXVI. REGISTRO DEL PRODUCTO.....	14

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS 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 ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### SECCIÓN A. DEFINICIONES

#### CLÁUSULA I. DEFINICIONES

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

1. **ASEGURADO:** 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.
2. **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.
3. **CIRUGIA ESTETICA:** Es la cirugía plástica que se realiza para mejorar la apariencia cosmética general al remodelar y ajustar la anatomía normal para que se vea visualmente más atractiva y la cual no se considera estrictamente necesaria.
4. **CIRUGIA RECONSTRUCTIVA:** Es la cirugía plástica que se realiza para restablecer la función y la apariencia normal y corregir las deformidades creadas por el cáncer.
5. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.
6. **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.
7. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
8. **HOSPITAL O CLÍNICA:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.
9. **HOSPITALIZACIÓN:** Es cuando un Asegurado es ingresado en un hospital, registrado como paciente de cama, por un período continuo no menor de veinticuatro (24) horas.

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

10. **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.
11. **PERIODO DE CARENCIA:** Periodo de tiempo con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, durante el cual no se amparará la reclamación.
12. **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
  - 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.
13. **PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
14. **PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
15. **TOMADOR:** Persona física que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del Contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en la figura del Tomador el Asegurado.

### SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

#### CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA

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

### SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.

#### CLÁUSULA III. COBERTURAS

El Instituto pagará por 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

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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. Diagnóstico de Cáncer:

El Instituto pagará la suma asegurada seleccionada en la Oferta de Seguro al Asegurado en caso de que sea diagnosticado por primera vez de Cáncer.

El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.

### 2. Pago adicional por diagnóstico de cáncer según sexo:

El Instituto pagará la suma asegurada adicional, en el caso de que el cáncer diagnosticado al Asegurado sea:

#### i. En Mujeres por cáncer:

- a) Vaginal.
- b) De Útero (incluido el de cérvix).
- c) De Mama.
- d) De Vulva.
- e) De Ovario.

#### ii. En Hombres:

Cáncer de Próstata.

### 3. Pago adicional por muerte:

El Instituto pagará al (los) Beneficiario (s) una suma asegurada adicional, si el Asegurado fallece a causa del cáncer diagnosticado y cubierto por esta póliza.

### 4. Renta diaria por hospitalización:

El Instituto pagará al Asegurado la renta diaria establecida en la Oferta de Seguros, si a consecuencia del cáncer cubierto por esta póliza es internado en un hospital o clínica. La cobertura máxima será de 45 días de hospitalización por evento y un máximo general de noventa (90) días por año póliza.

### 5. Pago adicional por cirugía reconstructiva:

El Instituto pagará al Asegurado la suma asegurada establecida en la Oferta de Seguros, si a consecuencia del cáncer cubierto por esta póliza requiere una cirugía reconstructiva.

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

Las coberturas de Pago adicional por muerte, Renta diaria por hospitalización y Pago adicional por cirugía reconstructiva operan siempre y cuando ocurran dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico del cáncer cubierto por esta póliza, independientemente de que el plazo de vigencia hubiere terminado.

En el caso de la cobertura de Pago adicional por cirugía reconstructiva lo que se requiere que ocurra en dicho plazo, es la presentación de la constancia indicando la necesidad de la misma, indistintamente del momento en que deba realizarse la cirugía.

### 6. 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, de 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](http://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. EDAD DE CONTRATACIÓN

Esta póliza cubre al Asegurado siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza y se pague la prima correspondiente.

La edad de contratación del seguro es de 18 años en adelante.

### CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

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

### CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES

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

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- a. Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.
- b. Los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas.
- c. Los diagnósticos o cirugías realizadas por médicos no colegiados y/o realizadas en hospital o clínicas no autorizadas por el Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera en el extranjero, los centros de atención en donde origine el diagnóstico deben contar con las acreditaciones correspondientes.
- d. Si el cáncer está relacionado con radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.
- e. La cirugía estética o plástica con fines de embellecimiento, aunque sea originada por un cáncer cubierto por esta póliza.
- f. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, cónyuge o algún miembro cercano de su familia hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, una persona que conviva con él, aún y cuando sea un Médico Especialista.
- g. El cáncer in situ, tumores debidos al virus de inmunodeficiencia humana, el cáncer de piel a excepción de melanoma maligno.
- h. 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.
- i. Las agravaciones del cáncer, 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.
- j. Las intervenciones médicas o tratamientos con drogas o materiales que se encuentren en procesos de experimentación, cualquiera que sea su etapa de desarrollo.
- k. 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.

### CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA

El Instituto no pagará el monto de seguro indicado en la Oferta de Seguro, si el Asegurado es diagnosticado con Cáncer en los primeros seis (6) meses posteriores a la emisión de esta póliza.

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA VIII. DISPUTABILIDAD

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.**

### SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

#### CLÁUSULA IX. BENEFICIARIOS

Para la cobertura Pago adicional por muerte, el Asegurado deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de adquirir la póliza.

En caso de las demás coberturas que conforman esta póliza, Diagnóstico de Cáncer, Pago adicional por diagnóstico de cáncer según sexo, Renta diaria por hospitalización y Pago adicional por cirugía reconstructiva; si el Asegurado muere antes de recibir los pagos pactados para dichas coberturas, el monto pagadero se entregará en una sola suma al (los) heredero (s) legal(es) establecidos en el proceso sucesorio del Asegurado, conforme a la legislación vigente.

Mientras esta póliza esté en vigor, el Asegurado puede cambiar el (los) Beneficiario (s) de la cobertura Pago adicional por muerte, mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que el Instituto suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención.

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 198%, dependiendo del plan contratado
De 75 a 79 años	Hasta un 9%, dependiendo del plan contratado

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

De 80 a 84 años	Hasta un 5%, dependiendo del plan contratado
De 85 a 89 años	Hasta un 9%, dependiendo del plan contratado
De 90 años en adelante	Hasta un 11%, dependiendo del plan contratado

### CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS

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

Si el Asegurado 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 XII. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto concederá al Asegurado 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 del pago 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 50%	No aplica
Más de 50% hasta 70%	Recargo de 24%
Más de 70% hasta 90%	Recargo de 49%
Más de 90%	Recargo de 80%

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

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

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

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

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

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

Para todas las coberturas se deberá presentar:

- a. Carta del Asegurado o del (los) Beneficiario (s) solicitando el pago del siniestro.
- b. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del Documento de Identidad Migratoria para Extranjeros o del pasaporte.
- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.
- d. Si el siniestro se presenta en el extranjero se deberá aportar el(los) documento(s) probatorio(s) que respalde el mismo, debidamente consularizados o apostillados.

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

#### **1. Diagnóstico de Cáncer**

Informe con el diagnóstico del médico especialista que asistió al Asegurado, en el que se documente toda la evidencia médica sobre diagnóstico de cáncer y que deberá incluir:

##### **i. Estudios clínicos**

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- ii. Estudios radiológicos
- iii. Estudios histológicos, y/o de laboratorio.

### 2. Pago Adicional por Muerte

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.

En caso de que la muerte 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.

### 3. Renta Diaria por Hospitalización

Constancia de la hospitalización firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica, en la que se detalle el diagnóstico, la causa y los días de hospitalización.

### 4. Pago adicional por cirugía reconstructiva

Constancia firmada por del parte del cirujano tratante, en la que se detalle la cirugía reconstructiva que deberá practicársele al Asegurado, su relación con el cáncer cubierto, el Hospital o Clínica y fecha probable de la misma.

**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

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### 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.

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. El Asegurado incumpla con la Ley N°7786 o normativa complementaria.
3. Fallecimiento del Asegurado.

### 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.

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### 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

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: [defensoria@grupoins.com](mailto: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](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 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

## SEGURO ONCOLÓGICO PLUS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

### 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](mailto:contactenos@grupoins.com)

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

### SECCIÓN L. LEYENDA DE REGISTRO

### CLÁUSULA XXVI. REGISTRO DEL PRODUCTO

Registro en SUGESE número P20-62-A01-918 V3 de fecha 13 de mayo del 2023.

**INS**
**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
 Propuesta - Constancia de Seguro  
 Seguro Oncológico Plus Autoexpedible

 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**
 Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Nombre: 

 Tipo de identificación:  Cédula  DIMEX  DIDI  Pasaporte  Otro:  Número de Identificación: 
**DATOS DEL ASEGURADO**
 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: 
**ASPECTOS RELACIONADOS AL RIESGO**

Declaro que no padezco ni he padecido de cáncer o tumor maligno, además no estoy siendo estudiado ni esperando resultados para descubrir o descartar un posible tumor maligno o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer.

En caso de padecer de cáncer o tumor maligno, 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:

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

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

N°	Nombre Completo	Tipo de Identificación (Cédula, DIMEX, DIDI o Pasaporte)	Número de identificación	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						PRIMA MENSUAL						
	Diagnóstico de Cáncer	Pago adicional por diagnóstico de cáncer según sexo	Pago adicional por muerte	Renta diaria por hospitalización	Pago adicional por Cirugía Reconstructiva x Cáncer	Servicio de Asistencia Medicina Virtual	Rango de edad	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	¢1.000.000	¢2.000.000	¢100.000	¢2.000.000	Ilimitadas	Prima Mensual	¢4 455	¢13 265	¢14 328	¢15 004	¢16 317	¢18 036
<input type="checkbox"/>	¢10.000.000	¢1.000.000	¢2.000.000	¢100.000	¢2.000.000			¢7 910	¢23 553	¢25 570	¢26 855	¢29 112	¢32 071
<input type="checkbox"/>	¢15.000.000	¢1.000.000	¢2.000.000	¢100.000	¢2.000.000			¢11 367	¢33 840	¢36 813	¢38 707	¢41 907	¢46 106
<input type="checkbox"/>	¢20.000.000	¢1.000.000	¢2.000.000	¢100.000	¢2.000.000			¢14 823	¢44 127	¢48 071	¢50 557	¢54 701	¢60 141
<input type="checkbox"/>	¢25.000.000	¢1.000.000	¢2.000.000	¢100.000	¢2.000.000			¢18 278	¢54 414	¢59 301	¢62 409	¢67 495	¢74 178

**DÓLARES**

Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS						PRIMA MENSUAL						
	Diagnóstico de Cáncer	Pago adicional por diagnóstico de cáncer según sexo	Pago adicional por muerte	Renta diaria por hospitalización	Pago adicional por Cirugía Reconstructiva x Cáncer	Servicio de Asistencia Medicina Virtual	Rango de edad	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	\$2.000	\$4.000	\$200	\$4.000	Ilimitadas	Prima Mensual	\$8,74	\$26,04	\$28,12	\$29,45	\$32,02	\$35,39
<input type="checkbox"/>	\$20.000	\$2.000	\$4.000	\$200	\$4.000			\$15,52	\$46,23	\$50,18	\$52,70	\$57,14	\$62,94
<input type="checkbox"/>	\$30.000	\$2.000	\$4.000	\$200	\$4.000			\$22,31	\$66,41	\$72,25	\$75,97	\$82,24	\$90,48
<input type="checkbox"/>	\$40.000	\$2.000	\$4.000	\$200	\$4.000			\$29,09	\$86,60	\$94,31	\$99,23	\$107,35	\$118,03
<input type="checkbox"/>	\$50.000	\$2.000	\$4.000	\$200	\$4.000			\$35,87	\$106,80	\$116,37	\$122,48	\$132,47	\$145,58

**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:  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      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 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](http://www.grupoins.com)
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico [contactenos@grupoins.com](mailto: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:

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

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

Registro en SUGESE número P20-62-A01-918 V3 de fecha 13 de mayo del 2023.