SEGURO MÁS PROTECCIÓN AUTOEXPEDIBLE
CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

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. COBERTURA.....6
CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA.....7
CLÁUSULA V. VEHÍCULOS A ASEGURAR.....7
CLÁUSULA VI. PERSONAS CUBIERTAS.....7
CLÁUSULA VII. EXCLUSIONES.....7
SECCIÓN D. PRIMAS.....8
CLÁUSULA VIII. PAGO DE PRIMAS.....8
SECCIÓN E. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....8
CLÁUSULA IX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO.....8
CLÁUSULA X. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....10
SECCIÓN F. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES.....10
CLÁUSULA XI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....10
CLÁUSULA XII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....11
CLÁUSULA XIII. CANCELACIÓN ANTICIPADA.....11
SECCIÓN G. CONDICIONES VARIAS.....12
CLÁUSULA XIV. RECTIFICACION DE LA POLIZA.....12
CLÁUSULA XV. DERECHO DE RETRACTO.....12
CLÁUSULA XVI. MONEDA.....12
SECCIÓN H. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....12
CLÁUSULA XVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....12
CLÁUSULA XVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE.....12
SECCIÓN I. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....13

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

SEGURO MÁS PROTECCIÓN AUTOEXPEDIBLE
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XIX. COMUNICACIONES 13
SECCIÓN J. LEYENDA DE REGISTRO. 13
CLÁUSULA XX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA 13

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

SEGURO MÁS PROTECCIÓN AUTOEXPEDIBLE
CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



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

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000

Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com

Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

SEGURO MÁS PROTECCIÓN AUTOEXPEDIBLE
CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

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

1. **ACCIDENTE DE TRANSITO:** Es un accidente ocurrido al transitar por una propiedad privada o por las vías públicas, en el cual debe estar involucrado al menos el vehículo asegurado y producirse lesiones de uno o varios pasajeros de este, ajeno a la voluntad del Asegurado.

2. **ALTERCADO:** Enfrentamiento en forma de discusión, riña, pelea, disputa acalorada o pelea violenta entre dos o más personas que pudiera ocasionar lesiones entre ellas.

3. **ASEGURADO:** Propietario registral del vehículo.

4. **CONDUCTOR:** Cualquier persona que, al tiempo de un siniestro amparado por esta póliza, conduzca el vehículo asegurado con la autorización expresa o implícita, del asegurado, y cuente con la licencia habilitante para conducir según el tipo de vehículo utilizado al momento del accidente.

5. **DERSA**: Documento estandarizado y resumido que sintetiza las condiciones generales seguro autoexpedible.

6. **INCAPACIDAD TEMPORAL:** Incapacidad temporal, la constituida por la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita al trabajador para desempeñar el trabajo por algún tiempo

7. **LESIONADO:** Ocupante del vehículo asegurado, ya sea como conductor o pasajero, que resulta con heridas producto de un accidente de tránsito cubierto por esta póliza, las cuales pueden ser determinadas por el médico tratante.

8. **LICENCIA DE CONDUCIR HABILITANTE:** Permiso otorgado por el Estado de Costa Rica, que faculta a una persona para conducir un vehículo durante un periodo determinado.

9. **MOTOCICLETAS:** Vehículos tipos cuadraciclos, motocicletas, bicimotos y triciclos con un peso bruto máximo de 3.500 kg.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000

Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com

Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

10. **OCUPANTE DEL VEHÍCULO:** Persona que se encuentra viajando dentro del vehículo asegurado al momento de ocurrir el evento. Incluye a las personas indicadas en el Cláusula "Personas Cubiertas".

11. **PRIMA:** Precio que debe satisfacer el Asegurado y/o Tomador al asegurador, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el asegurador asume.

12. **PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha trascurrido.

13. **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.

14. **VEHÍCULO CARGA LIVIANA:** Vehículo automotor diseñado para el transporte de carga, cuyo peso bruto oscile entre 0 y hasta 5.000 Kilogramos, el uso declarado es de carácter comercial y posee las placas especiales que lo identifican como tal (CL).

15. **VEHÍCULO CARGA SEMIPESADA Y PESADA:** Vehículo automotor diseñado para el transporte de carga, de más de 5.000 Kilogramos de peso bruto y posee las placas especiales que lo identifican como tal (C).

16. **VEHÍCULOS PARTICULARES:** Son los automotores registrados a nombre de persona física o jurídica, tipo, sedán, coupé, station wagon, rural y microbuses, destinados al transporte privado de pasajeros con un peso máximo de 5.000 Kg. de peso bruto y capacidad de quince o menos pasajeros.

17. **VÍA:** Calle, camino o carretera por donde transitan los vehículos.

18. **VIÁTICOS:** Gastos de traslado, pagos del hospedaje y de alimentación, cuando el lesionado con motivo del suministro de las prestaciones médico-sanitarias o de rehabilitación, deba trasladarse a un lugar distinto al de su residencia habitual y el Instituto Nacional de Seguros no pueda suministrarle ese servicio.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

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 la póliza y el Dersa, se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.

CLÁUSULA III. COBERTURA

- **Atención Médica por Accidente de Tránsito con beneficio de Incapacidad Temporal y reconocimiento de Viáticos**

Cubre la atención médica en las instalaciones médicas del Instituto o en las que éste designe para tales efectos, requerida para atender las lesiones sufridas por cualquiera de las personas que viajen en el vehículo cuya placa esté asegurada bajo esta póliza, como consecuencia de un accidente de tránsito ocurrido en territorio costarricense, así como los viáticos y costos por incapacidad temporal requeridos, por los lesionados como parte del proceso de tratamiento y recuperación de conformidad con las prescripciones del médico tratante.

La cobertura de este seguro opera en exceso de lo indemnizado por el Seguro Obligatorio Automotor y una vez agotado la suma máxima establecida del mismo, siempre y cuando la causa sea un accidente de tránsito cubierto.

Por incapacidad temporal se girará una prestación económica al lesionado que corresponderá a un 40% del monto del ingreso reportado en alguno de sistemas que se establecen en la cláusula de procedimiento en caso de reclamo, cuando debido a un accidente de tránsito cubierto requiera estar fuera de sus labores habituales para su tratamiento y recuperación, cuando así sea indicado en las prescripciones médicas otorgadas por el INS o en las que éste designe para tales efectos.

En cuanto a los gastos incurridos por viáticos se reconocerán siempre y cuando, el Instituto no pueda suministrarle ese servicio a la persona asegurada.

La responsabilidad del Instituto es hasta el agotamiento del monto asegurado.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

El límite máximo de responsabilidad del Instituto por este contrato, producto de un accidente de tránsito corresponde a la suma de ¢6.000.000,00 por persona asegurada y por evento amparado.

El monto máximo a indemnizar por persona estará sujeto a la cantidad de pasajeros accidentados siempre y cuando, no sobrepase la capacidad indicada en el documento registral del vehículo accidentado, con un tope máximo de 13 pasajeros por vehículo asegurado.

CLÁUSULA V. VEHÍCULOS A ASEGURAR

Se podrán asegurar los siguientes tipos de vehículos terrestres que cuenten con el Derecho de Circulación y la Revisión Técnica vigente:

- Vehículos particulares
- Vehículos carga liviana (CL)
- Motocicletas (MOT, M, BM)
- Vehículos carga pesada (C)

Este contrato no es transferible, cubre únicamente el vehículo asegurado declarado en la oferta de seguro.

CLÁUSULA VI. PERSONAS CUBIERTAS

Será (n) sujeto (s) de cobertura, el conductor del vehículo asegurado, que al momento de ocurrir el evento conduzca el vehículo asegurado con el permiso expreso o implícito del Propietario Registral, así como, los ocupantes del vehículo, siempre y cuando viajen en la sección de pasajeros.

CLÁUSULA VII. EXCLUSIONES

No se ampararán los reclamos cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

1. **Los casos donde el Conductor del vehículo asegurado no cuente con la licencia habilitante.**
2. **La atención médica producto de las lesiones que sufran los ocupantes del vehículo asegurado derivados de un altercado, aún cuando dicho altercado sea a consecuencia del evento cubierto.**
3. **Participación en competencias o en pruebas de seguridad, resistencia, regularidad, velocidad, con o sin consentimiento del Asegurado.**
4. **Cuando se sobrepasa la capacidad de pasajeros permitida según especificaciones del fabricante del vehículo.**

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

5. **Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura**.
6. **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.**
7. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador o asegurado**
8. **No se cubrirá la atención médica, viáticos e incapacidades cubiertas por el Seguro de Riesgos del Trabajo.**
9. **Este seguro no cubre las lesiones que sufra el conductor o el (los) ocupante (s) de los vehículos con placa de transporte público o cuya actividad económica sea el transporte remunerado de pasajeros.**

SECCIÓN D. PRIMAS

CLÁUSULA VIII. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima establecida en la Oferta de Seguro.

SECCIÓN E. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA IX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Para la utilización de este seguro debe existir de previo un caso abierto por el Seguro Obligatorio de Automóviles del INS (SOA) en el Hospital del Trauma o en los Centros Médicos de la Red de Servicios de Salud. Operará en exceso de lo indemnizado y una vez agotado la suma máxima establecida del mismo.

Para todo lo relacionado a los gastos de viáticos y transporte, este seguro opera de conformidad a los procedimientos establecidos en los regímenes de Riesgo de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles.

Para lo correspondiente al trámite de Incapacidad temporal y el pago de los viáticos los mismos deben tramitarse en las Sedes del INS.

1. **Para la Atención Médica:**

   El Instituto cuenta con los controles necesarios para activar de manera expedita la atención médica de esta cobertura cuando el monto del Seguro Obligatorio esté próximo a agotarse.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

Una vez que el Instituto le haya informado al Asegurado dicha condición se dará apertura del caso por el Seguro Autoexpedible Más Protección en los Centros de Salud de la Red de Servicios de Salud del INS, o en los centros médicos que el INS autorice de previo.

El Instituto reconocerá los gastos incurridos por viáticos del asegurado, en caso de que el lugar donde deba recibir las prestaciones médicas no coincida con su domicilio habitual o por sus condiciones de salud requiera transporte.

2. Para la Incapacidad Temporal:

El Asegurado deberá presentar cualquiera de los siguientes documentos según el orden que se cita a continuación:

a. Constancia de salarios emitida por la CCSS correspondiente a los seis meses anteriores al mes de ocurrencia del siniestro o;

b. Información salarial de los seis meses anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro reportada en el Seguro de Riesgos del Trabajo o;

c. La declaración del impuesto sobre la renta presentada ante el Ministerio de Hacienda correspondiente al último periodo fiscal inmediato anterior a la fecha ocurrencia del siniestro.

En caso, de que el asegurado no se encuentre reportado en ninguno de los sistemas antes indicados, se utilizará el salario mínimo de ley de la actividad, profesión u ocupación que demuestre ejercer el asegurado al momento del accidente mediante documentos que acrediten cualquiera de estas.

3. Para la indemnización por viáticos:

a. Gastos de transporte:

Se cubrirán los gastos de transporte si el traslado se da en las siguientes condiciones:

a. Desde del Gran Área Metropolitana hacia un lugar fuera de ésta.
b. Desde fuera del Gran Área Metropolitana hacia ésta.
c. Desde fuera del Gran Área Metropolitana hacia otro lugar que se encuentre también fuera de esta Área.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

b. Hospedaje y alimentación:
Para el pago de los servicios de hospedaje y alimentación el Asegurado debe presentar las facturas que cumplan con los requisitos de ley.

Para todas las coberturas, cuando el Instituto lo requiera, el Asegurado deberá suministrar información complementaria que sirva para conocer con precisión la fecha, día, hora, descripción del evento, así como información de personas ocupantes del vehículo (nombre, número de cédula de identidad y número de teléfono, entre otros).

Para consultas sobre el trámite de los reclamos presentados, el Instituto dispone de los siguientes medios de comunicación:

a) Al número de teléfono 800-Teleins (800- 8353467).
b) Al correo electrónico: contactenos@grupoins.com

El Asegurado y/o Tomador 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.

CLÁUSULA X. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación que contenga la totalidad de los requisitos establecidos para cada caso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para brindar el pago correspondiente para los beneficios de incapacidad y pago de viáticos. No obstante, para la prestación de la atención médica, la misma se activa de forma expedita cuando el monto del SOA esté próximo a agotarse.

SECCIÓN F. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Autoexpedible Individual anual, no renovable ni prorrogable, el cual entra en vigor a partir del primero de enero y hasta el 31 de diciembre del año. O bien, menor a un año en el caso de los asegurados que adquieran el seguro posterior al 01 de enero, la vigencia iniciará a partir de la fecha de adquisición y finalizará el 31 de diciembre del mismo año.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

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

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza finalizará cuando:

1. El riesgo deje de existir
2. Si el Asegurado y/o Tomador incumple la Ley 8204

CLÁUSULA XIII. CANCELACIÓN ANTICIPADA

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

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 y/o Tomador, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

El Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente tabla y deberá reembolsar al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, siempre que no existan reclamos pendientes de resolver durante la vigencia.

Cancelación Anticipada

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días hábiles	0%
Más de 5 días hábiles hasta 30 días naturales	37%
Más de 30 hasta 60 días naturales	45%
Más de 60 hasta 90 días naturales	52%
Más de 90 hasta 120 días naturales	60%
Más de 120 hasta 150 días naturales	66%
Más de 150 hasta 180 días naturales	72%
Más de 180 hasta 210 días naturales	78%
Más de 210 hasta 240 días naturales	83%
Más de 240 hasta 270 días naturales	88%
Más de 270 hasta 300 días naturales	92%
Más de 300 hasta 330 días naturales	96%
Más de 330 días naturales	100%

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

SECCIÓN G. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XIV. RECTIFICACION DE LA POLIZA

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

CLÁUSULA XV. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador 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 XVI. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza, que se realicen entre el Asegurado y/o Tomador y el Instituto, se efectuarán en colones.

SECCIÓN H. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XVII. 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 / 800Defensoría (800 3333 676742 / 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 Alterna 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 XVIII. 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

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

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 I. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

CLÁUSULA XIX. COMUNICACIONES

El Asegurado y/o Tomador 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 y/o Tomador en la Oferta de Seguro.

SECCIÓN J. LEYENDA DE REGISTRO.

CLÁUSULA XX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA

Registro en SUGESE número P19-61-A01-896 de fecha 21 de abril del 2021. Versión: V2 de fecha 18 de noviembre del 2022.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000
Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

SEGURO MÁS PROTECCIÓN AUTOEXPEDIBLE
Código de Registro:
P19-61-A01-896 de fecha 21 de abril del 2021. Versión: V2 de fecha 18 de noviembre 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: 2287-6161 /800DEFENSORÍA/ defensoria@grupoins.com

BENEFICIOS DEL SEGURO

Cubre la atención médica requerida, como consecuencia de un accidente de tránsito ocurrido en territorio costarricense, para lesiones sufridas por cualquiera de las personas que viajen en el vehículo cuya placa esté asegurada, opera en exceso de lo indemnizado por el Seguro Obligatorio Automotor y una vez agotado la suma máxima establecida del mismo. Cubre los viáticos y los costos por incapacidad temporal dispuestas por el médico tratante, como parte del proceso de tratamiento y recuperación.

EXCLUSIONES

Las indemnizaciones no se concederán si se presenta alguna de las siguientes condiciones:

1. **Los casos donde el Conductor del vehículo asegurado no cuente con la licencia habilitante.**
2. **La atención médica producto de las lesiones que sufran los ocupantes del vehículo asegurado derivados de un altercado, aún cuando dicho altercado sea a consecuencia del evento cubierto.**
3. **Participación en competencias o en pruebas de seguridad, resistencia, regularidad, velocidad, con o sin consentimiento del Asegurado.**
4. **Cuando se sobrepasa la capacidad de pasajeros permitida según especificaciones del fabricante del vehículo.**
5. **Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura**.
6. **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.**
7. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador o asegurado.**
8. **No se cubrirá la atención médica, viáticos e incapacidades cubiertas por el Seguro de Riesgos del Trabajo.**
9. **Este seguro no cubre las lesiones que sufra el conductor o el (los) ocupante (s) de los vehículos con placa de transporte público o cuya actividad económica sea el transporte remunerado de pasajeros.**

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

Para efectos de este contrato los deberes del asegurado y/o tomador son:

1. El vehículo por asegurar debe contar con el Derecho de Circulación y Revisión Técnica vigente.
2. Efectuar el pago de la prima.

RECLAMO Y PLAZOS APLICABLES

Para la utilización de este seguro debe existir de previo un caso abierto por el Seguro Obligatorio de Automóviles del INS (SOA) en el Hospital del Trauma o en los Centros Médicos de la Red de Servicios de Salud. Operará en exceso de lo indemnizado y una vez agotado la suma máxima establecida del mismo.

Para todo lo relacionado a los gastos de viáticos y transporte, este seguro opera de conformidad a los procedimientos establecidos en los regímenes de Riesgo de Trabajo y Seguro Obligatorio de Automóviles.

Para lo correspondiente al trámite de Incapacidad temporal y el pago de los viáticos los mismos deben tramitarse en las Sedes del INS y se deberán presentar los requisitos indicados en las Condiciones Generales, según el tipo de beneficio.

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación que contenga la totalidad de los requisitos establecidos para cada caso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para brindar el pago correspondiente para los beneficios de incapacidad y pago de viáticos. No obstante, para la prestación de la atención médica, la misma se activa de forma expedita cuando el monto del SOA esté próximo a agotarse.

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, cualquiera de sus Sedes o representantes autorizados.

VIGENCIA DEL SEGURO

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Autoexpedible Individual anual, no renovable ni prorrogable, el cual entra en vigor a partir del primero de enero y hasta el 31 de diciembre del año. O bien, menor a un año en el caso de los asegurados que adquieran el seguro posterior al 01 de enero, la vigencia iniciará a partir de la fecha de adquisición y finalizará el 31 de diciembre del mismo año.

En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a contactenos@grupoins.com o llame a la línea gratuita 800-TeleINS (800-8353467), si ésta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia General de Seguros con gusto lo orientará mediante el correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

En caso de contradicción entre los 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.

Dirección Oficinas: Avenida 7, calles 9 y 11, San José. Apdo. Postal: 10061-1000

Línea Gratuita: 800-TELEINS (800-8353467) Consultas: contactenos@grupoins.com

Defensoría: defensoría@grupoins.com Línea gratuita 800-Defensoría (800-3333-6767-42)

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Propuesta - Constancia de Seguro
Seguro Más Protección Autoexpedible

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

INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA

Póliza de Seguro N°:

LUGAR Y FECHA

Lugar: Fecha:

DATOS DEL TOMADOR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro: N° Identificación:

Provincia: Cantón: Distrito:

N° teléfono o celular: Dirección Electrónica:

DATOS ASEGURADO

COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SEA PERSONA FÍSICA DISTINTA AL TOMADOR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación: ☐ Cédula ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro: N° Identificación:

COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SEA PERSONA JURÍDICA

Nombre completo o Razón Social:

Número de Cédula Jurídica:

DATOS DEL RIESGO A ASEGURAR

Clase de Placa: ☐ Particular ☐ Carga Liviana (CL) ☐ Carga (C) ☐ Motos (MOT-BM-M)

N° de Placa: Código de Gobierno:

PLAZO DE VIGENCIA

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

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

COBERTURA Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura	Monto asegurado por persona
Atención Médica por Accidente de Tránsito con beneficio de incapacidad Temporal y reconocimiento de viáticos	¢6.000.000,00

PRIMA

Particular, Carga Liviana, Carga y Motos	¢11.900

¢11.900 (Once mil novecientos colones)
Nota: El monto de prima anual antes indicado incluye el 2% del IVA de conformidad con lo establecido en la Ley Nº 9635 - "Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas".

OTROS TEMAS

Forma de Aseguramiento

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

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

TEMAS ADICIONALES

- El Asegurado ha sido enterado de que la expedición de este contrato y la cobertura de esta póliza está sujeta al pago de la prima.
- Las Condiciones Generales y el DERSA de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@grupoins.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.
- El Asegurado declara que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifesta 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 Tomador o Asegurado

OBSERVACIONES DEL TOMADOR Y/O 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
Firma:	Nombre y Código de Intermediario	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Cédula:	Correo electrónico Intermediario:	José Arévalo Ascensio Gerente General a.i. Cédula jurídica 4-000-001902
Nombre completo:	Número Teléfono Intermediario:	
Cargo (En caso de perdona jurídica):	Dirección Física del Intermediario:	

Registro en SUGESE número P19-61-A01-896 de fecha 21 de abril del 2021. Versión: V2 de fecha 18 de noviembre del 2022.