

# ***Instituto Nacional de Seguros***

## **Seguro para Viajeros en Colones**

**Código de producto: P16-33-A01-040  
(Versión 4)**

**Fecha de registro V4: 03-abr-14**

**Oficio de solicitud de registro V4: G-01960-2014**

## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES ÍNDICE DE CONTENIDO

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO.....	2
CONDICIONES GENERALES.....	3
CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA.....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO.....	3
CLÁUSULA IV. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA V. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	5
CLÁUSULA VI. PERSONAS ASEGURADAS.....	6
CLÁUSULA VII. ÁMBITO DE COBERTURA.....	6
CLÁUSULA VIII. SUMA ASEGURADA.....	6
CLÁUSULA IX. COBERTURAS.....	6
CLÁUSULA X. DEDUCIBLE.....	8
CLÁUSULA XI. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	8
CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION.....	8
CLÁUSULA XIII. EDADES DE CONTRATACIÓN.....	9
CLÁUSULA XIV. RIESGOS EXCLUIDOS.....	10
CLÁUSULA XV. BENEFICIARIOS.....	10
CLÁUSULA XVI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO.....	11
CLÁUSULA XXVII. OMISION Y/O INEXACTITUD.....	11
CLÁUSULA XVIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO.....	11
CLÁUSULA XIX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	13
CLÁUSULA XX. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN RECLAMACIONES.....	14
CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO.....	14
CLÁUSULA XXII. PRESCRIPCIÓN.....	15
CLÁUSULA XXIII. OTROS SEGUROS.....	15
CLÁUSULA XXIV. LEGISLACION APLICABLE.....	15
CLÁUSULA XXV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	16
CLÁUSULA XXVI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS.....	16
CLÁUSULA XXVII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	16
CLÁUSULA XXVIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	16



## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

### ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, cédula jurídica número 400000-1902-22, compañía de seguros domiciliada en Costa Rica, denominada en adelante el **Instituto**, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales estipuladas y las declaraciones hechas por el Asegurado en la Oferta de Seguro.

En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado o al que de acuerdo con las Condiciones Generales se define como Beneficiario, al recibir prueba fehaciente de que la incapacidad, los gastos médicos o la muerte del Asegurado ocurrió con anterioridad a la fecha de vencimiento indicada en la Oferta de Seguro, el monto asegurado, según la opción elegida en dicho formulario.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Guillermo Vargas Roldán  
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22



## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza de Viajeros en colones y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la Oferta de Seguro y las Condiciones Generales del Contrato.

### CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

El Tomador y/o Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

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

### CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

El Tomador y/o Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento objeto de cobertura.

El Instituto dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

### CLÁUSULA IV. DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza.

- 1. ACCIDENTE:** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo este contrato.
- 2. ASEGURADO:** Es el "Asegurado Directo" y su grupo familiar nombrados en la Oferta de Seguro, que realice (n) un viaje en calidad de turista, estudiante o ejecutivo y que se encuentra (n) protegido (s) por esta póliza.

### SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

3. **ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que suscribe el seguro a su nombre y realiza el pago de las primas correspondientes.
4. **BENEFICIARIO (S):** Persona(s) designada(s) por el Asegurado a quien(es) se le(s) reconoce el derecho a percibir el total o la proporción indicada de la(s) indemnización(es) derivada(s) de esta póliza.
5. **CAUSAHABIENTE:** Persona que ha sucedido o se ha subrogado por derechos o bienes de otra u otras.
6. **CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
7. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el cobro u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al monto o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores del mercado donde se efectuaron los gastos, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.
8. **DEDUCIBLE:** Suma fija rebajable de la indemnización que representa la participación económica del Asegurado en la pérdida para la cobertura de gastos médicos.
9. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
10. **ENFERMEDAD AGUDA:** Es aquella caracterizada por aparición súbita, de curso breve (no más de una semana) durante la vigencia de la póliza.
11. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad, lesión, congénita o no, discapacidad física, así como sus secuelas, padecidas antes de la fecha de inicio de la póliza.
12. **FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CASTRÓFICO:** Manifestación violenta y destructiva de la fuerza de la naturaleza, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
13. **GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos médicos erogados por el Asegurado y aprobados por el Instituto que resulten de la ocurrencia de un evento amparable por esta póliza y que sean indispensables en el diagnóstico o tratamiento de las lesiones provocadas en el accidente o enfermedad aguda.
14. **GRUPO FAMILIAR:** Se consideran como dependientes asegurables del grupo familiar del Asegurado Directo a las siguientes personas:
  - a. El Cónyuge o conviviente.

### **SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES**

- b. Los hijos del Asegurado y su cónyuge o conviviente. Asimismo podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.

**15. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta póliza. Corresponde a la pérdida irre recuperable de la capacidad orgánica desde un punto cinco por ciento (0.5%) hasta menos del sesenta y siete por ciento (67%).

**16. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la que cumpla con las siguientes condiciones:

1. Se produzca como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
2. Que el Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.

No obstante lo anterior, el Instituto reconocerá como Incapacidad Total y Permanente por Accidente:

- a. La incapacidad producida por la pérdida completa e irrevocable de la vista de ambos ojos.
- b. La incapacidad producida por la pérdida total y permanente, por amputación de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y un pie conjuntamente.

**17. SEMANA:** Período de siete días consecutivos.

**18. PÓLIZA:** Es el documento que contiene la Oferta de Seguro y las Condiciones Generales que rigen la materia.

**19. PRIMA:** Precio pactado por el seguro contratado.

**20. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física ó jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el tomador la figura de Asegurado y beneficiario del seguro.

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

## **CLÁUSULA V. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**



## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

Esta es una póliza autoexpedible para viajeros. La vigencia es por el número de semanas que indique el Asegurado y que se reflejan en la Oferta de Seguro. El Asegurado quedará amparado a partir del día que se indique en la Oferta de Seguro siempre y cuando se haya cancelado la prima.

El plazo máximo de cobertura de esta póliza es de cincuenta y dos (52) semanas continuas por viaje.

Cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

### CLÁUSULA VI. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza permite el aseguramiento, en una sola póliza, del Asegurado y su grupo familiar según se define en la Cláusula Definiciones, punto 14. Grupo familiar.

### CLÁUSULA VII. ÁMBITO DE COBERTURA

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

### CLÁUSULA VIII. SUMA ASEGURADA

Es el monto de seguro escogido por el Asegurado y que el Instituto aprobó para la emisión de esta póliza, según la opción contratada que se indica en la Oferta de Seguro.

### CLÁUSULA IX. COBERTURAS

El Instituto indemnizará al Asegurado o en su caso al beneficiario designado en la póliza, o bien a los causahabientes del Asegurado, por la pérdida que sufra a causa directa de los riesgos amparados bajo la coberturas que adelante se detallan, de conformidad con lo estipulado en la Oferta de Seguro y siempre que se haya pagado la prima que acredita la protección.

1. **MUERTE ACCIDENTAL:** El Instituto pagará la suma asegurada cuando el Asegurado fallezca por causas accidentales.
2. **INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** El Instituto indemnizará el porcentaje de la suma asegurada correspondiente al grado de incapacidad permanente en un solo tracto, basándose únicamente en los siguientes conceptos de pérdida de la capacidad general:
  - a. **Tabla de Indemnizaciones:**

## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

<b>i) Incapacidad Total</b>	<b>Porcentaje</b>
Pérdida de visión completa de ambos ojos, pérdida total del uso o separación de: ambos brazos, ambas piernas, ambas manos o pies, y un brazo junto con una pierna o pie	100%
Pérdida total del uso o separación del brazo desde el hombro	75%
Pérdida total del uso o separación de la pierna desde la cadera	75%
<b>ii) Incapacidad Parcial</b>	<b>Porcentaje</b>
Pérdida total irrecuperable de la vista de un ojo	50%
Pérdida total irrecuperable de la audición o del habla	50%
Pérdida total irrecuperable unilateral del oído	15%
Pérdida total del uso o separación del antebrazo o mano	65%
Pérdida total del uso o separación de la pierna desde o abajo de la rodilla	65%
Pérdida total del uso o separación del pulgar (ambas falanges) y dedo índice (tres falanges)	25%
Pérdida total del uso o separación del pulgar (ambas falanges)	15%
Pérdida total del uso o separación del pulgar (una falange)	10%
Pérdida total del uso o separación del dedo índice (tres falanges)	10%

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

### **b. Combinación de incapacidades**

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

- 3. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** El Instituto se compromete a reintegrar los gastos a quien haya efectuado el pago, contra presentación de las facturas correspondientes, hasta un diez por ciento (10%) de la suma asegurada bajo la cobertura de muerte, por gastos originados de la repatriación de los restos mortales del Asegurado a su país de origen, siempre que su deceso se produzca como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
- 4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA:** El Instituto indemnizará hasta un diez por ciento (10%) de la suma contratada en la cobertura de Muerte Accidental, de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrida durante el período de vigencia de esta póliza, por los conceptos descritos a continuación:



## **SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES**

- a. Consultas médicas originadas por tratamientos cubiertos, según las condiciones generales de esta póliza, e intervenciones quirúrgicas.
- b. Honorarios médicos (cirujano, asistente y anestesistas) por intervenciones quirúrgicas, originadas en tratamientos cubiertos por esta póliza.
- c. Estancias, derecho de sala de operaciones, manutención y tratamientos del enfermo en el hospital o clínica.
- d. Costos de análisis de laboratorio, de estudios de rayos X, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para la diagnosis o tratamiento de una enfermedad aguda o accidente.
- e. Traslado del enfermo o accidentado a la clínica u hospital, en caso de emergencias por accidente o enfermedad aguda.
- f. Medicamentos que le sean prescritos por el médico, así como transfusiones de sangre y plasma.
- g. Gastos por estancia y desayuno de un acompañante, cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado.

### **CLÁUSULA X. DEDUCIBLE**

El Instituto pagará el total de los beneficios descritos en la Cláusula Coberturas, punto 4. Gastos médicos por accidente o enfermedad aguda, hasta por un máximo del diez por ciento (10%) de la suma asegurada por muerte, sujeto a un deducible del diez por ciento (10%) sobre el monto de los gastos cubiertos, con un mínimo de ₡25.000,00 (veinticinco mil colones) por accidente o enfermedad aguda.

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

Las primas en colones que se establecen para esta póliza se incluyen al final de estas condiciones en el Anexo # I.

Además, la póliza puede incluir el grupo familiar para lo cual se requiere de dos o más personas y se otorga un cinco por ciento (5%) de descuento en la prima total.

### **CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION**

Esta póliza entrará en vigor de acuerdo con la Cláusula Plan de seguro y vigencia. Si la prima no ha sido pagada antes de la fecha de inicio de la póliza, ésta no entrará en vigor y el Instituto no será responsable.

Si el Asegurado y/o Tomador decide no mantener este seguro, deberá comunicarlo por escrito al Instituto con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación.

## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

En tal caso el Instituto cancelará el Contrato a partir de la fecha señalada expresamente por el Asegurado y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Si el seguro es cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador, durante los primeros cinco (05) días de la emisión, se realizará la devolución según se ha establecido en la Cláusula de Derecho de Retracto.

Cuando la cancelación se produce posterior a los primeros cinco (05) días de la emisión, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en el cuadro adjunto, deberá reembolsar al Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

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 05 días hábiles a 1 mes	37%
Más de 1 mes a 2 meses	45%
Más de 2 meses a 3 meses	52%
Más de 3 meses a 4 meses	60%
Más de 4 meses a 5 meses	66%
Más de 5 meses a 6 meses	72%
Más de 6 meses a 7 meses	78%
Más de 7 meses a 8 meses	83%
Más de 8 meses a 9 meses	88%
Más de 9 meses a 10 meses	92%
Más de 10 meses a 11 meses	96%
Más de 11 meses a 12 meses	100%

La devolución se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

### CLÁUSULA XIII. EDADES DE CONTRATACIÓN

Esta póliza no tiene edad mínima ni máxima de suscripción para el Asegurado Directo ni para su cónyuge o conviviente.

Para los hijos dependientes la edad máxima de contratación es de veinticuatro (24) años en la fecha de emisión de la póliza, siempre y cuando sean solteros, residan con el Asegurado Directo en el mismo domicilio, sean dependientes económicamente y estudiantes.

## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

### CLÁUSULA XIV. RIESGOS EXCLUIDOS

El Instituto no cubrirá al Asegurado bajo esta póliza, las pérdidas o gastos que se produzcan o sean agravados por:

- a. Actos de guerra declarada o no; invasión de enemigo extranjero; guerra interna o acontecimientos que pudieran originar estas situaciones de hecho o de derecho, terrorismo; participación activa en motines, huelgas, tumultos populares.
- b. Fusión o fisión nuclear o radiactiva.
- c. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias, tales como terremoto, maremoto, inundaciones, deslizamientos, temblor, ciclón y otros similares.
- d. Consumación o tentativa de suicidio.
- e. Los que ocurran como piloto o pasajero de algún automóvil u otro vehículo en competencia.
- f. Los que ocurran como piloto mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.
- g. Gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. La póliza no cubrirá la necesidad de un tratamiento que era predecible antes de la emisión de la misma.
- h. Intervenciones de cirugía cosmética o de belleza, excepto las que resulten de una lesión traumática cubierta por esta póliza y ocurrida durante la vigencia de la misma.
- i. Tratamientos de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación de estado de salud.
- j. Parto y complicaciones de embarazo, excepto si tales complicaciones tienen origen en un accidente o enfermedad aguda que cubra esta póliza.
- k. Mientras el Asegurado se encontrare bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
- l. Accidentes que ocurran mientras se practique deporte en forma profesional.

### CLÁUSULA XV. BENEFICIARIOS

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

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá al beneficiario o los beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado el monto pagadero bajo esa póliza se girará a la sucesión de éste.

Advertencia:

### **SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES**

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

### **CLÁUSULA XVI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO**

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.

### **CLÁUSULA XXVII. OMISION Y/O INEXACTITUD**

La omisión y/o inexactitud en que deliberadamente incurra el Asegurado y/o Tomador o el Beneficiario, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la emisión del seguro o en la ocurrencia del siniestro.

Para los casos en que dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas y Procedimiento de Devolución.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

### **CLÁUSULA XVIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO**

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

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el

## **SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES**

reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá aportar los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

En toda reclamación el Asegurado o Beneficiario deberán presentar los siguientes requisitos:

### **1. Cobertura de Fallecimiento por Accidente.**

- a. Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c. Fotocopia del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d. Copia del expediente judicial certificado que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre.
- e. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el beneficiario.

### **2. Cobertura de Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente.**

- a. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identificación (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- c. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.
- d. Diagnóstico médico en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental por el accidente, el Asegurado perdiera el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y se indique que la incapacidad se otorga **NO SUJETA A REVISION**, el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.

### **3. Cobertura de Repatriación de Restos Mortales.**

- a. Documento de identificación del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- b. Facturas originales canceladas protocolizadas (autenticadas por el representante de la embajada de Costa Rica en el país donde ocurrió el accidente y por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica).
- c. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.

## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

### 4. Cobertura de Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda.

- a. El formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentada, con el diagnóstico y la evolución en tiempo días.
- b. Las facturas originales timbradas y canceladas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, deberán ser aportados al momento de presentar la reclamación.
- c. Recetas de medicamentos, prescripciones de exámenes de laboratorio, radiológicos o de otro examen para diagnóstico.
- d. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.

Cuando se efectúan gastos en el extranjero, el Asegurado deberá presentar:

- a. Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento y tratamiento efectuado.
- b. Facturas originales con el detalle de los gastos y los comprobantes de pago de dichas facturas.

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas, distintos al español e inglés, el Asegurado o el Beneficiario debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si los gastos son objeto de cobertura al amparo de esta póliza, el Instituto indemnizará el costo de dicha traducción. Este gasto estará incluido dentro del límite de la cobertura que corresponda, saber: muerte, gastos médicos, incapacidad total y permanente o repatriación de restos mortales.

### CLÁUSULA XIX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. Solicitud expresa del Asegurado y o Tomador.
2. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

### CLÁUSULA XX. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN RECLAMACIONES

El Instituto brindará respuesta mediante resolución motivada y escrita dentro de los treinta (30) días naturales contados a partir de la presentación de la reclamación que realice el Asegurado o Beneficiario.

El Instituto efectuará el pago cuando corresponda en un plazo máximo de treinta (30) días naturales.

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

Por teléfono al número 800-TeleINS (800-8353467).

Por fax al: 2221-2294.

O bien puede escribir la consulta al correo [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com).

### CLÁUSULA XXI. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

- 1. Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión al Asegurado, a la última dirección conocida por éste.
- 2. Revocatoria:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
- 3. Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al superior jerárquico del departamento que declinó el recurso de revocatoria y ofrecer sus pruebas.
- 4. Solicitud de revisión del monto indemnizado:** En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado de un gasto incurrido y que haya sido indemnizado por el Instituto, podrá solicitar por escrito una revisión del reclamo. El Instituto estará en la obligación de analizar los costos indemnizados y determinar si corresponden al costo razonable y acostumbrado del mercado.

La revisión podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes. Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de un acuerdo se realizará lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.



## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

### CLÁUSULA XXII. PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados de este contrato de seguro prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

### CLÁUSULA XXIII. OTROS SEGUROS

Si una o varias pólizas de este mismo plan de seguro fueran adquiridas por el Asegurado y que excedan en conjunto la suma de ¢60.000.000,00 (sesenta millones de colones), el seguro excedente será nulo y todas las primas pagadas por concepto del mismo devueltas al Asegurado.

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte Accidental, en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

En caso que el otro seguro sea contratado con una aseguradora diferente al Instituto, la indemnización será el resultado de distribuir los gastos incurridos, proporcionalmente al monto asegurado en su póliza, en relación con el monto total asegurado por todos los seguros.

El Asegurado o el Beneficiario deberá declarar al momento del siniestro sobre la existencia de otras pólizas que amparen el mismo riesgo, así como también detalle de dichas pólizas que contengan al menos la siguiente información: compañía aseguradora, número de contrato, línea de seguro, vigencia y monto asegurado.

### CLÁUSULA XXIV. LEGISLACION APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto por un lado, el Asegurado y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de Costa Rica.





## SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES

### CLÁUSULA XXV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley N° 7727, 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 XXVI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado y/o Tomador se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado “Conozca su Cliente”, así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado y/o Tomador incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada si lo hubiera, en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

### CLÁUSULA XXVII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

### CLÁUSULA XXVIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-33-A01-040-V3** de fecha **02 de enero de 2014**.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**SEGURO PARA VIAJEROS EN COLONES**

Seguros Personales

Seguro Individual  Seguro Familiar

**OFERTA DE SEGURO**

Fecha Emisión:		Vigencia Desde: Día / Mes / Año			Hasta: Día / Mes / Año			Póliza:						
<b>Datos del Tomador del Seguro</b>	Primer Apellido:		Segundo Apellido:			Nombre Completo:								
	Tipo de identificación:		<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Jurídica		<input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Gobierno		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Institución autónoma		<input type="checkbox"/> Permiso Trabajo		Estado Civil		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Identificación:		Ocupación o actividad económica:											
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Escolaridad					<input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario		
	Provincia:		Cantón:		Distrito:									
	Dirección exacta:													
	Teléfono Domicilio:						Teléfono Celular:							
	Dirección Electrónica:								Nº de Fax:					
	Edad del Asegurado:													
<b>Datos del Asegurado Directo</b>	Primer Apellido:		Segundo Apellido:			Nombre Completo:								
	Tipo de identificación:		<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Jurídica		<input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Gobierno		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Institución autónoma		<input type="checkbox"/> Permiso Trabajo		Estado Civil		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Identificación:		Ocupación o actividad económica:											
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Escolaridad					<input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario		
	Provincia:		Cantón:		Distrito:									
	Dirección exacta:													
	Teléfono Domicilio:						Teléfono Celular:							
	Dirección Electrónica:								Nº de Fax:					
	Edad del Asegurado:													
Yo _____ consiento mi aseguramiento en este contrato. Firma _____ Y para los casos de menores de edad: Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____, (_____ (indicar parentesco) ) de _____ (indicar el Nombre del menor Asegurado), consiento el aseguramiento en este contrato. Firma _____														
<b>Forma de Aseguramiento</b>	<b>INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO.</b> <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero													
<b>Beneficiarios del Asegurado Directo</b>	<b>Advertencia:</b> En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra como beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.													
	<b>Expresa claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado</b>													
	Nombre:		Identificación:		Parentesco:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Porcentaje: %		Teléfono:		Ocupación:	
	Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Cantón:		Otras señas:							
	Provincia:													
Nombre:		Identificación:		Parentesco:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Porcentaje: %		Teléfono:		Ocupación:		
Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Cantón:		Otras señas:								
Provincia:														

Datos del Asegurado Dependiente 1

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:		
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Identificación:				Ocupación o actividad económica:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:	Distrito:	
Dirección exacta:				
Teléfono Domicilio:			Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:			Nº de Fax:	
Edad del Asegurado:				
Yo _____ consiento mi aseguramiento en este contrato.				
Firma _____				
Y para los casos de menores de edad:				
Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____,				
( _____ ) de _____,				
(indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)				
consiento el aseguramiento en este contrato.				
Firma _____				

Datos del Asegurado Dependiente 2

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:		
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Identificación:				Ocupación o actividad económica:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:	Distrito:	
Dirección exacta:				
Teléfono Domicilio:			Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:			Nº de Fax:	
Edad del Asegurado:				
Yo _____ consiento mi aseguramiento en este contrato.				
Firma _____				
Y para los casos de menores de edad:				
Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____,				
( _____ ) de _____,				
(indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)				
consiento el aseguramiento en este contrato.				
Firma _____				

Datos del Asegurado Dependiente 3

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:		
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Identificación:				Ocupación o actividad económica:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:	Distrito:	
Dirección exacta:				
Teléfono Domicilio:			Teléfono Celular:	
Dirección Electrónica:			Nº de Fax:	
Edad del Asegurado:				
Yo _____ consiento mi aseguramiento en este contrato.				
Firma _____				
Y para los casos de menores de edad:				
Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____,				
( _____ ) de _____,				
(indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)				
consiento el aseguramiento en este contrato.				
Firma _____				

**Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado dependiente**

<b>Beneficiarios de los Dependientes</b>	Dependiente 1	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
		Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Cantón:		Otras señas:		
	Dependiente 2	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
		Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Cantón:		Otras señas:		
	Dependiente 3	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
		Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Cantón:		Otras señas:		

<b>Datos del Seguro</b>	MONTOS DEL SEGURO (Marque la opción elegida)						
	<b>COBERTURAS</b>	OPCIÓN 1 <input type="checkbox"/>	OPCIÓN 2 <input type="checkbox"/>	OPCIÓN 3 <input type="checkbox"/>	OPCIÓN 4 <input type="checkbox"/>	OPCIÓN 5 <input type="checkbox"/>	OPCIÓN 6 <input type="checkbox"/>
	Muerte Accidental	€10.000.000	€20.000.000	€30.000.000	€40.000.000	€50.000.000	€60.000.000
	Incapacidad Total y Permanente	€10.000.000	€20.000.000	€30.000.000	€40.000.000	€50.000.000	€60.000.000
	Repatriación de Restos mortales por accidente	€1.000.000	€2.000.000	€3.000.000	€4.000.000	€5.000.000	€6.000.000
	Gastos Médicos por accidente o enfermedad aguda	€1.000.000	€2.000.000	€3.000.000	€4.000.000	€5.000.000	€6.000.000
Prima: Para determinar la prima, ver Anexo I de las Condiciones Generales.							
MONTO DE LA PRIMA: € ( _____ 00/10 €)							

<b>NOTIFICACIONES</b>	<b>Señale el medio por el cual desea ser notificado:</b>
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____
	<input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____ _____
<i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i>	


El inicio de la Cobertura para esta póliza será a partir del pago de la prima y en la fecha de inicio del seguro indicado en esta Oferta de Seguro.

Por la presente declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita por mí, es completa y verdadera y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto Nacional de Seguros para emitir la póliza que solicito y que en cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las condiciones particulares y generales del seguro contratado que forman parte del contrato de la póliza. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS. [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com), en la opción contáctenos o con su intermediario de Seguros.

Firma y número de identificación del Asegurado	Nombre y firma del Intermediario o Representante autorizado del INS	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b>  Guillermo Vargas Roldán Gerente General Cédula Jurídica 400000-1902-22
--	---	---

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A01-040 V3 de 02 de enero del 2014.

**VALIDO CON EL SELLO DE LAS CAJAS DEL INS, DEL INTERMEDIARIO O DEL OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES**