

# ***Instituto Nacional de Seguros***

## ***Seguro Autoexpedible Dental Accidental Colones***

**Código de producto: P16-35-A01-153  
(Versión 5)**

**Fecha de registro V5: 07-feb-14**

**Oficio de solicitud de registro V5: G-00352-2014**

## INDICE DE CONTENIDO

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA.....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO .....	3
CLÁUSULA IV. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA .....	5
CLÁUSULA VI. COBERTURA.....	5
CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS .....	6
CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	6
CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.....	6
CLÁUSULA X. PRIMA DE LA PÓLIZA.....	6
CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN ..	7
CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA	7
CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA.....	8
CLÁUSULA XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO .....	8
CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCIÓN .....	9
CLÁUSULA XVI. EXCLUSIONES .....	9
CLÁUSULA XVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA .....	11
CLÁUSULA XVIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	11
CLÁUSULA XIX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD .....	11
CLÁUSULA XX. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA .....	12
CLÁUSULA XXI. PRESCRIPCIÓN .....	12
CLÁUSULA XXII. TIPO DE CAMBIO .....	12
CLÁUSULA XXIII. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	12
CLÁUSULA XXIV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	12
CLÁUSULA XXV. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS .....	12
CLÁUSULA XXVI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	13
CLÁUSULA XXVII. COMUNICACIONES .....	13
CLÁUSULA XXVIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	13
CLÁUSULA XXIX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA .....	13

## **Acuerdo de Aseguramiento**

El Instituto Nacional de Seguros, empresa aseguradora domiciliada en Costa Rica, cédula jurídica número 400000-1902-22, denominada en adelante el Instituto, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se estipulan, con base en la Oferta de Seguro, las cuales integran esta póliza.

Es una póliza Autoexpedible donde el Asegurado se asegura por cuenta propia.

En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado el monto asegurado, según la opción contratada en la Oferta de Seguro, al recibir prueba fehaciente de que el accidente, objeto de cobertura en esta póliza, le ocurrió al Asegurado durante la vigencia de la misma.

El inicio de cobertura para esta póliza será en la fecha de emisión del seguro, siempre que se realice el pago de la prima.

El presente producto cumple las características definidas en el Artículo 24 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**



Guillermo Vargas Roldán  
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

## CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

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

### CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE PÓLIZA

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

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

### CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

El 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 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

El Instituto dispondrá de un plazo de 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

1. **Accidente:** Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada simultáneamente por la acción repentina de un agente externo en forma violenta, fortuita e imprevista. Los eventos en que no se presenten las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.
2. **Asegurado:** Persona física que, por cuenta propia contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Está expuesto a los riesgos asegurados bajo este contrato y asume los derechos y las obligaciones derivadas de este.
3. **Asegurados dependientes:** Se consideran como tales:
  - a. El Cónyuge o Conviviente, según la definición establecida en este contrato.
  - b. Los hijos del Asegurado y su cónyuge o conviviente.
4. **Asegurador:** Instituto Nacional de Seguros, Instituto o INS.
5. **Colusión:** Pacto o acuerdo que se establece con otra persona con perjuicio o daño para un tercero.
6. **Conviviente:** Persona que cohabita con el Asegurado por

- más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
- 7. Declinación:** Rechazo de la solicitud de indemnización.
  - 8. Edad:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
  - 9. Endodoncia:** Consiste en una restauración de los dientes en los cuales la caries o un traumatismo han producido daños a la estructura pulpar y radicular (Nervio). Puede ser monoradicular si es de un conducto, birradicular si es de dos conductos o multirradicular si es de tres o más conductos.
  - 10. Examen Clínico:** Evaluación que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) bucodentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya con radiografías periapicales o coronales, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común). Siempre conduce al diagnóstico, que no es más que la clasificación de las diferentes enfermedades bucodentales.
  - 11. Operador de Seguro Autoexpedible:** Persona jurídica que, mediante la celebración de un contrato mercantil con una entidad aseguradora, se compromete frente a dicha entidad aseguradora a realizar la distribución de los productos de seguro convenidos que se encuentren registrados ante la Superintendencia como seguros autoexpedibles.
  - 12. Período de Gracia:** Es el período después de la fecha estipulada de pago, durante el cual la prima puede ser pagada, sin recargo de intereses. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.
  - 13. Pin Dental:** Pequeñas piezas cilíndricas de metal utilizadas para incrementar la retención.
  - 14. Prima:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.
  - 15. Prima No Devengada:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
  - 16. Prótesis Dental:** Es una extensión artificial de reemplazo, se utiliza para cubrir la falta total o parcial de piezas dentales.
  - 17. Radiografías Coronales y/o periapicales:** Tomadas en el consultorio: imagen registrada en una placa o película fotográfica. En dicha imagen se pueden observar los tejidos duros del diente, evidenciando la existencia de patologías bucales, tales como la caries dental, reabsorción ósea

(pérdida de hueso), imágenes apicales entre otras.

**18. Resinas Fotocuradas:** La resina es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos. Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta.

**19. Tomador del seguro:** Sinónimo de Asegurado.

#### **CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA**

El Asegurado elegirá la suma asegurada entre las opciones que para tal efecto se señalan en la Oferta de Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de aseguramiento.

En ningún caso el monto máximo asegurado por persona podrá exceder un millón ciento cincuenta mil colones costarricenses (¢1.150.000.00). Cuando existan varios contratos suscritos de este seguro que superen el monto máximo establecido para una persona, el Instituto notificará al Asegurado y procederá a la devolución de primas de los seguros que no apliquen.

Para ello el Instituto cuenta con un sistema automatizado, que llevará el control de los montos asegurados de

las coberturas básicas adquiridas por el Asegurado, dicho sistema no permitirá la emisión de nuevos seguros cuando los montos sobrepasen el límite por cobertura básica definidos por el Instituto. Si eventualmente se emitiera la póliza en exceso al límite máximo por cobertura, el Instituto tendrá la obligación de informar al Asegurado y devolver el 100% de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

En cada renovación anual se reinstalará la suma asegurada de forma automática una vez se realice el pago de la prima de renovación.

#### **CLÁUSULA VI. COBERTURA**

El Instituto indemnizará la ocurrencia de los riesgos amparados bajo la cobertura básica que se detalla.

##### **1. Cobertura Básica**

##### **Accidente Dental**

El Instituto indemnizará al Asegurado la suma asegurada según la opción elegida por éste en la Oferta de Seguro, si durante la vigencia de la póliza el Asegurado sufre un accidente que le provoque como consecuencia la fractura o pérdida de una o más piezas dentales naturales sean permanentes o temporales (de leche), que requieran de una prótesis dental, el tratamiento de endodoncia (tratamiento de nervio), corona o la reconstrucción con resina o con pines.

La cobertura opera si la fractura o la pérdida de una o más piezas

dentales sucede dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por la póliza, independientemente de que el plazo de vigencia de la póliza hubiera terminado.

#### **CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS**

Esta póliza cubre al Asegurado y a su cónyuge o conviviente, por el que se pague de previo la prima correspondiente, siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza.

Cada uno de los Asegurados bajo esta póliza, gozará de manera independiente de la misma cobertura y monto asegurado, según la opción elegida. Cubre solo un evento por persona, durante el año póliza.

Asimismo, los hijos del Asegurado y/o de su cónyuge o conviviente, se podrán asegurar dentro del grupo familiar, siempre y cuando se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza, sean solteros y demuestren ser dependientes económicos del Asegurado, su cónyuge o conviviente.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el cónyuge o conviviente o en su defecto el hijo mayor, entre los mayores de edad pasará a ser el Asegurado, siempre y cuando figuren como asegurados dependientes en la póliza.

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

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro autoexpedible, anual renovable.

Entrará en vigor en la fecha indicada en la Oferta de Seguro, siempre que el Asegurado haya pagado la prima estipulada.

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

#### **CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

La persona que suscriba este seguro deberá cumplir los requisitos que a continuación se detallan:

1. Tener dieciocho (18) años de edad o más, tanto para cónyuge o conviviente del Asegurado.
2. Tener entre un (1) año y veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días, para los hijos dependientes.
3. Quien figure como Asegurado deberá completar y firmar la Oferta de Seguro.

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

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

## **CLÁUSULA XI. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN**

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, sin embargo el Asegurado puede elegir pagarla de forma mensual, de acuerdo con las primas vigentes a la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

Si el Asegurado elige una forma de pago diferente de la mensual obtendrá un descuento por pronto pago el cual se indica en la Oferta.

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

Si el Asegurado decide no mantener este seguro, deberá comunicarlo por escrito ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado o en cualquier Sede del Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación. En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso, o bien en fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Si el Asegurado no solicita la cancelación con treinta (30) días naturales de anticipación, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más.

Cuando corresponda la devolución de primas, se calculará a prorrata deduciendo un veintidós (22%) por ciento por concepto de gastos administrativos, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

## **CLÁUSULA XII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA**

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento del año-póliza, el Instituto informará al Asegurado las modificaciones a las condiciones de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Asegurado también podrá solicitar modificaciones en las condiciones establecidas en la oferta de seguro, mediante solicitud escrita enviada al Instituto, excepto que se trate de cambios en la Suma Asegurada. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación que entrará en vigencia a partir de la siguiente renovación anual de la póliza.

En caso de que el Asegurado no efectúe la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia de la misma, quedando en este caso excluidos únicamente los



siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

### **CLÁUSULA XIII. 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.

En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia indicado, la póliza quedará cancelada.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

### **CLÁUSULA XIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberá presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado con el cual adquirió la póliza, también podrá presentarlos en cualquier 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)

Fax: 2221-2294

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

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 reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

El Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado revisará que los requisitos estén completos y remitirá los documentos en un plazo no mayor de dos (2) días hábiles a la Sede del Instituto que corresponda, con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando el Instituto revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado y al Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado.

Para el trámite de reclamos, el Asegurado deberá presentar, los siguientes documentos:

1. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.

2. Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado. Constancia de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados, para los menores de edad. En caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del documento de identidad o del pasaporte.
3. Para el caso del conviviente, deberá presentar una declaración jurada ante Notario Público, en la que declare la convivencia conforme la definición existente en las condiciones generales de la póliza y el tiempo de convivir.
4. Para el caso del cónyuge, deberá presentar el certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil.
5. Fotocopia de ficha clínica dental.
6. Examen clínico del paciente con el detalle de las lesiones producto del accidente.
7. Radiografías después del accidente y antes del tratamiento donde se demuestre el trauma sufrido por el Asegurado producto del accidente.

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

Será responsabilidad del Instituto disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto

signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

En caso de indemnización, si la forma de pago de la prima es mensual, del monto a indemnizar se deducirán las cuotas pendientes para completar el total de la prima del año de esta póliza.

#### **CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCIÓN**

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.

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

#### **CLÁUSULA XVI. EXCLUSIONES**

**La indemnización no se concederá si el accidente dental del Asegurado se debe a:**

1. **Intento de suicidio o por lesiones causadas a sí mismo o intento de ellos.**
2. **Causas no accidentales y los gastos médicos originados por servicios y/o prestaciones médicas derivadas de enfermedades.**
3. **Las lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.**

4. Accidentes o secuelas de accidentes ocurridos previo a la emisión de esta póliza.
5. La participación en insurrección, guerra, terrorismo o los actos atribuibles a dichos eventos.
6. La participación en motines, riñas o huelgas.
7. Lesiones causadas voluntariamente al asegurado por parte de algún otro miembro del grupo familiar.
8. La comisión o tentativa de delito doloso.
9. La participación como piloto o pasajero en automóviles o vehículos en competencias de velocidad, resistencia o seguridad y accidentes de la navegación aérea o marítima, a no ser que el Asegurado viaje como pasajero en aeronaves o embarcaciones de una línea comercial con itinerario regular, legalmente establecida para ese efecto.
10. Los accidentes que sean provocados por el Asegurado como consecuencia de la ingesta voluntaria y consciente de veneno, de estupefacientes o drogas, inhalación de gases o bebidas alcohólicas. Para este último se considerará el estado de ebriedad según se defina en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por análisis de sangre, aliento u orina.
11. Accidentes o daños a las prótesis dentales.
12. Los diagnósticos realizados por odontólogos no colegiados y/o realizadas en instituciones no establecidas legalmente y que no cuenten con la autorización del Ministerio de Salud. Si se trata de diagnósticos otorgados al Asegurado fuera del territorio nacional, esta exclusión se amplía a que los médicos y centros de atención en que se origine el diagnóstico cuenten con las acreditaciones correspondientes.
13. El diagnóstico efectuado por el mismo Asegurado, su cónyuge o algún miembro cercano de su familia o una persona que conviva con él, independientemente del hecho que tal persona fuere un Odontólogo acreditado.
14. Deportes profesionales y deportes de alto riesgo que se practiquen en forma profesional y/o remunerada como por ejemplo, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, paracaídas, alpinismo, tореo, boxeo, alas delta, vuelo

libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, pero no limitados exclusivamente a los citados en este epígrafe.

#### CLÁUSULA XVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. Finalice la vigencia de la póliza.
2. Solicitud expresa del Asegurado.
3. En el caso de los hijos a los veinticinco (25) años y 364 días.
4. Vencido el Período de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
5. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

#### CLÁUSULA XVIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al Asegurado cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.
2. **Revisión:** El Asegurado puede solicitar la revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá

presentarla directamente en el Instituto o ante el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de Seguros Autorizado.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. Cuando proceda, el Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida.

#### CLÁUSULA XIX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en que deliberadamente incurra el Asegurado, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la ocurrencia y valoración 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 total, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en la Cláusula Pago de Primas y Procedimiento de Devolución. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

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

## **CLÁUSULA XX. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA**

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado.

## **CLÁUSULA XXI. PRESCRIPCIÓN**

Los derechos derivados del 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 XXII. TIPO DE CAMBIO**

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue tomada la póliza, el Asegurado podrá pagar según el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

## **CLÁUSULA XXIII. LEGISLACIÓN APLICABLE**

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta póliza 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 de 2011 y sus reformas, el Código de Comercio y el Código Civil.

## **CLÁUSULA XXIV. 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 7727 del 09/12/1997 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 XXV. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

El Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su cliente", asimismo 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 que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

**CLÁUSULA XXVI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

Dirección anotada por el Asegurado en la Oferta de Seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

**CLÁUSULA XXVII. COMUNICACIONES**

Cualquier comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación; o bien, enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado en la Oferta de Seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto al Operador de Seguro Autoexpedible o Intermediario de Seguros Autorizado cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado.

**CLÁUSULA XXVIII. 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 (los) Asegurado (s) en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

**CLÁUSULA XXIX. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA**

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 **P16-35-A01-153-V4** de fecha **29 de octubre de 2012**.

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>	PÓLIZA DE SEGURO NO.		OPERADOR DE SEGUROS AUTOEXPEDIBLES:		
	Vigencia Desde:		Hasta:		
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil:
	N° de Identificación		Ocupación:		<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Célibe
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
	Provincia:		Cantón:		Distrito:
	Dirección exacta:				
	Apartado Postal:		Teléfono de Domicilio:		Teléfono Celular:
	Dirección Electrónica:				Fax:

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

DETALLE DE ASEGURADOS DEPENDIENTES						
Nº	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Cédula	Parentesco	Teléfono de contacto
1						
2						
3						
4						
5						

Suma asegurada que deseo contratar en Colones				
Marque la opción de monto elegido	Cobertura Básica	Número de Asegurados	Prima Mensual Individual	Prima Mensual Grupo Familiar
	Accidente Dental			
1 <input type="checkbox"/>	¢285.000		¢620	
2 <input type="checkbox"/>	¢575.000		¢1.251	
3 <input type="checkbox"/>	¢1.150.000		¢2.501	

**Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.**

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS DE SEGUROS MEDIANTE CARGO AUTOMATICO					
El Asegurado autoriza el cargo mensual por cualquiera de los siguientes medios: (Marque con una equis "X" según el medio de pago)					
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/> Planillas	<input type="checkbox"/> Tarjeta Débito	<input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito
			<input type="checkbox"/> Otros Servicios	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Cable
Nombre:			Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard		
Número de tarjeta o cuenta:			Fecha de vencimiento:		
Moneda: <input type="checkbox"/> Colones			Forma de pago de la prima del Seguro: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
Número de Póliza:			Monto a cargar:		El cargo será a partir de:

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite de crédito. En el caso de que el pago no se de por causas atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

**La expedición 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.**

Por la presente declaro que toda 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 cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las condiciones generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)). 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 la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado. \_\_\_\_\_

El presente producto cumple las características definidas en el artículo 24.- Seguros Autoexpedibles y artículo 42 -Registros Obligatorios-, inciso a), el Anexo 15 -Registro de Pólizas tipo- y el artículo 47 -Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado 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 P16-35-A01-153 de fecha 27 de marzo del 2012.**

**El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles del Instituto Nacional de Seguros, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización A01 .**

El asegurado tiene 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 días hábiles, contado a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. El Instituto dispondrá de un plazo de diez días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

**Observaciones del Asegurado / Operador o Intermediario de Seguros Autorizado /Aseguradora:**

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, pagina Web del INS ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)) en la opción contáctenos correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com), o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

_____ NOMBRE DEL ASEGURADO	_____ CÉDULA DEL ASEGURADO	_____ FIRMA DEL ASEGURADO	<b>INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b>  Guillermo Vaigas Roldán Subgerente Cédula Jurídica 400000-1902-22
_____ Razón Social del Operador	_____ Cédula Jurídica del Operador	_____ Número de Registro de Operador	
_____ Nombre del Vendedor del Operador	_____ Cédula del Vendedor del Operador	_____ Firma del Vendedor del Operador	





# Oferta - Recibo Seguro Autoexpedible Dental Accidental Colones N°

INSTITUTO NACIONAL DE  
SEGUROS

Logo del operador

Vigencia del : al :

## Datos del Asegurado:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		
Número de Identificación:		Fecha Nacimiento: Edad:	Estado Civil: Sexo:	
Dirección Exacta:	Tel. Celular	Tel. Domicilio	Tel. Oficina	
Nacionalidad:	Dirección Electrónica	Apartado Postal:	Fax:	

## Notificaciones:

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Dirección:

Recuerde mantener actualizados sus datos.

## Dependientes

Apellidos	Nombres	Cédula	Parentesco	Teléfono
-----------	---------	--------	------------	----------

## Opción de Aseguramiento:

### Cobertura Básica

Accidente Dental	Numero de Asegurados	Prima Mensual Individual	Prima Mensual Grupo Familiar
	¢	¢	

Para determinar la prima anual deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12.

Advertencia: 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 seguros 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

## Beneficiarios:

Apellidos	Nombres	Parentesco	Cédula	%Participación	Teléfono Contacto
-----------	---------	------------	--------	----------------	-------------------

## Autorización para pago de primas mediante cargo automático:

El Asegurado autoriza el cargo en su tarjeta de crédito o cuenta de cargo el importe de la prima, a partir de la fecha de emisión de póliza

## Tarjetahabiente :

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Asimismo relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) de la(s) tarjeta(s) de cualquier responsabilidad si en la cuenta no hay fondos suficientes para cubrir el pago o se ha superado el límite del crédito. En caso de que el pago no se de por causas no atribuibles al Asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

La expedición 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.

Por la presente declaro que toda 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 cualquier información falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. Asimismo, doy fe que en este acto recibo, acepto y entiendo las Condiciones Generales del seguro contratado que forman parte de la póliza y que también pueden ser consultadas en la página Web del Instituto Nacional de Seguros ([www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)). 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 la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo.

Firma del Asegurado. \_\_\_\_\_

El presente producto cumple las características definidas en el artículo 24.- Seguros Autoexpedibles y artículo 42 -Registros Obligatorios-, inciso a), el Anexo 15 -Registro de Pólizas tipo- y el artículo 47 -Requisitos para la solicitud de registro- del Reglamento sobre Autorizaciones, Registros y Requisitos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

El Operador de Seguros Autoexpedibles mantiene un contrato mercantil para vender seguros autoexpedibles del Instituto Nacional de Seguros, entidad registrada ante la Superintendencia General de Seguros mediante la autorización A01.

El 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 5 días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. El Instituto dispondrá de un plazo de 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.

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 la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16 -35-A01-153 V02 de fecha 27 de marzo de 2012.

**OBSERVACIONES :**

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

**Nombre del Asegurado**

**Numero de documento**



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente

**Gerente del INS**  
**CED. JUDIC. 400000 - 1902 - 22**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

**Nombre del operador Cédula Jurídica:**

**N° Registro:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Vendedor del  
operador

\_\_\_\_\_  
Cédula Física del vendedor del  
operador

\_\_\_\_\_  
Firma Vendedor

**Sólo** los seguros del INS tienen la garantía del Estado.