

Instituto Nacional de Seguros

Costa Rica Destino Seguro

Código de producto: P20-64-A01-368

Fecha de registro: 01-ago-12

Oficio de solicitud de registro: G-03181-2012



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Cada palabra o expresión para la que se haya fijado un significado específico mantendrá ese mismo significado dondequiera que se utilice y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

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. **ACOMPAÑANTE:** Es la persona que viaja con el Asegurado y que no está asegurada bajo esta misma póliza.

Igualmente, se entenderá como acompañante, la persona designada por el Asegurado o por su familiar más cercano, representante legal o amistad, para acompañar al Asegurado durante el viaje de regreso de éste al país de residencia, debido a accidente, emergencia médica o enfermedad aguda certificada por el médico.

3. **ASEGURADO:** Es aquella persona nombrada en la Oferta de Seguro, que realice un viaje a Costa Rica en calidad de turista, estudiante o ejecutivo. Incluye a los miembros del grupo familiar del Asegurado que viajen con él y se encuentren nombrados en la Oferta de Seguro.
4. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
5. **CASO FORTUITO:** Hecho que no ha podido prevenirse, que es involuntario a la voluntad del Asegurado y que no puede evitarse.
6. **CONVIVIENTE:** Persona del sexo opuesto al Asegurado con quien éste o ésta cohabita por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, sin que los una relación matrimonial alguna.
7. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** El costo razonable y acostumbrado es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobran la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

personas que presentan accidentes o enfermedades que por su naturaleza son consideradas similares.

8. **DEDUCIBLE:** Suma fija que se establece en las Condiciones Generales de la póliza, que se rebaja de la indemnización bajo las coberturas correspondientes.
9. **DEPORTES EXTREMOS:** Son todos aquellos deportes o actividades de ocio con algún componente deportivo ofrecido por un operador de turismo que incluyen una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican y que implican cierta dosis de exigencia física y mental en forma no profesional.
10. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
11. **EMERGENCIA MÉDICA:** Significa la aparición inesperada de una condición médica que amenaza la vida del Asegurado y que requiere atención médica inmediata. La emergencia médica se identifica por los síntomas severos que presenta el paciente y por la necesidad de éste de recibir atención médica inmediata, pero en ningún caso pasadas las veinticuatro (24) horas de su aparición.
12. **ENFERMEDAD AGUDA:** Es aquella enfermedad caracterizada por aparición súbita, de curso breve (no más de una semana) durante la vigencia de la póliza.
13. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad, lesión, congénita o no, discapacidad física, así como sus secuelas, padecidas antes de la fecha de inicio de la póliza.
14. **EQUIPAJE:** Es el conjunto de objetos que se llevan de viaje o que tiene cada Asegurado para su uso personal y que han sido registrados como tal por la línea aérea o naviera. Esta definición excluye el equipaje que se transporta vía terrestre.
15. **EVENTO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO:** 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.
16. **FAMILIAR DEL ASEGURADO:** Comprende al cónyuge o conviviente del Asegurado, sus hijos (as) dependientes y menores de edad, sus padres, hermanos y suegros (padres del cónyuge o conviviente del Asegurado) que viajen con el Asegurado.
17. **FUERZA MAYOR:** Acontecimiento ajeno a la conducta del Asegurado, que le libera de la responsabilidad de incumplimiento de una obligación.
18. **PÓLIZA:** Es el documento que contiene la Oferta de Seguro y las Condiciones Generales que rigen la materia.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

19. **PRIMA:** Precio que se le fija al seguro.
20. **RETORNO ANTICIPADO:** Es el hecho de que el Asegurado tenga que regresar a su país de residencia, en una fecha antes de la prevista, por una de las circunstancias descritas en esta póliza.
21. **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física o 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.
22. **UNIDAD DE ASISTENCIA DEL INSTITUTO:** Es el Administrador de Servicios Médicos en el país, al cual el Asegurado debe comunicarse en caso de ocurrir algún evento cubierto por esta póliza. Sus servicios son de uso personal e intransferible.
23. **VIAJE:** Se considera como tal la estancia del Asegurado en territorio costarricense, el cual debe comenzar y terminar dentro de un período de cuarenta y nueve (49) días naturales como máximo y quedar comprendido dentro del período de vigencia de la póliza. Se considerará que un viaje comienza en el momento en que el Asegurado recibe la aprobación oficial de entrada al país por parte de la Oficina de Migración de Costa Rica y termina el día en que el Asegurado sale del territorio costarricense, en el momento en que recibe el sello de salida de la Oficina de Migración de la República de Costa Rica. Aplica sólo para turistas que hayan ingresado al país por vías legales.

CLÁUSULA II. ÁMBITO DE COBERTURA

Esta póliza opera sólo en territorio costarricense y mientras el Asegurado esté de visita en el país ostentando la calidad de turista, estudiante o ejecutivo.

CLÁUSULA III. BASES DEL CONTRATO

La Oferta de Seguro emitida por el Instituto, así como los anexos a esta póliza, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. El Instituto no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

CLÁUSULA IV. RECTIFICACION DE LA POLIZA

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, finalizada la vigencia o al ocurrir un evento amparado, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

CLÁUSULA V. UTILIZACIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza opera por medio de una Unidad de Asistencia que recibirá las llamadas de los Asegurados informando sobre la ocurrencia de un evento, analizará y confirmará si se encuentra ante un evento cubierto. Una vez determinado lo anterior, brindará las indicaciones al Asegurado a fin de que conozca con claridad los documentos que debe aportar para el reembolso del reclamo o para que acuda a un proveedor que le brinde la atención respectiva. Para recibir la asistencia el Asegurado debe comunicarse mediante la línea gratuita 800-800-8001.

CLÁUSULA VI. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta es una póliza autoexpedible para viajeros. Inicia el día que se establece en la Oferta de Seguro y de acuerdo con el momento en que ingrese a Costa Rica, según la definición de Viaje establecida. El plazo máximo por el cual se puede adquirir la póliza es de cuarenta y nueve (49) días naturales continuos.

CLÁUSULA VII. EXTENSIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

En el caso de que el Asegurado requiera extender la vigencia de la póliza el Instituto podrá hacerlo, sujeto a las siguientes condiciones:

1. El Asegurado debe enviar una solicitud por escrito al Instituto con un mínimo de dos (2) días hábiles antes de la expiración de la vigencia de la póliza, en la que explique las razones por las que desea extender la vigencia de la cobertura del seguro. Para que el Instituto brinde la extensión de la cobertura no debe haber terminado la vigencia de la póliza.
2. Para que la extensión de cobertura sea efectiva el Asegurado debe coordinar el pago de la prima al momento de la solicitud. El período de vigencia de la póliza continuará inmediatamente después de la fecha de expiración de la primera vigencia establecida.
3. El período total de vigencia (seguro tomado inicialmente más la extensión de la cobertura) de la póliza, en ningún caso, debe sobrepasar el límite de cuarenta y nueve (49) días por viaje continuos.
4. El Asegurado no debe tener ninguna solicitud de servicios médicos o de asistencia en tránsito a la fecha de solicitud de extensión de la cobertura.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

CLÁUSULA VIII. SUMA ASEGURADA

El seguro cuenta con las coberturas y montos asegurados que se detallan en el cuadro a continuación.

Beneficios		Cobertura máxima
1. Asistencia médica (a causa de enfermedad aguda o accidente de Asegurado)		
a)	Cirugía.	Hasta \$20.000,00. Aplica deducible de \$100,00 por evento.
b)	Hospitalización.	
c)	Internamiento en Unidad de cuidados intensivos y/o Unidad coronaria.	
d)	Consulta médica de especialista, en consultorio o a domicilio.	
e)	Exámenes médicos complementarios (radiografías, exámenes de laboratorio, ultrasonido, TAC, resonancia magnética). Deben estar prescritos por un médico.	
f)	Medicamentos prescritos por un médico.	
g)	Traslados al centro hospitalario más cercano, incluyendo ambulancia terrestre o aérea para el traslado del Asegurado dentro del territorio nacional.	
h)	Servicio de odontología de urgencia a causa de accidente o enfermedad aguda. Hasta \$200,00.	
i)	Ambulancia aérea.	
j)	Repatriación sanitaria.	
k)	Repatriación de restos mortales.	
2. Cobertura de Otros Gastos		
a)	Compensación por sustracción de sus pertenencias producto de un robo en la habitación de hotel cerrada y/o asalto considerado con agravantes. Para la indemnización el Asegurado debe aportar denuncia ante el Organismo de Investigación Judicial, interpuesta dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del hecho.	\$300,00
b)	Pérdida de pasaporte.	\$100,00

COSTA RICA DESTINO SEGURO

Beneficios		Cobertura máxima
c)	Traslado aéreo de una persona que acompañe al Asegurado. Siempre que el Asegurado se encuentre hospitalizado por una enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza y que esté médicamente justificada la necesidad del acompañante.	Costo del boleto aéreo en clase económica. Máximo \$5.000,00.
d)	Retorno anticipado en caso de fallecimiento de un familiar en el país de origen (padres, cónyuge, hijos o hermanos del Asegurado).	Costo del boleto aéreo en clase económica. Máximo \$5.000,00.
e)	Trasmisión de mensajes urgentes por medio de la Unidad de Asistencia. Únicamente mensajes relativos a eventos cubiertos por el seguro.	Incluido
f)	Asistencia legal si el Asegurado es detenido por autoridades policiales o procesado por orden judicial en Costa Rica, como consecuencia de que le sea imputada la responsabilidad por los daños y perjuicios derivados de un accidente de tránsito en que haya sido parte.	Incluido
3. Cobertura por eventos de la naturaleza		
	Cubre los gastos de estadía en el hotel, alimentación y traslado al aeropuerto debido a la ampliación de la permanencia del Asegurado en el país producto de un evento de la naturaleza como terremoto, inundación, erupción volcánica, maremoto y cualquier otro fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico que le impida al Asegurado continuar con su viaje. Se limita a los gastos necesarios para máximo cinco (5) días de estadía y alimentación, así como del traslado al aeropuerto para que el Asegurado pueda regresar a su país de origen.	Hasta \$5.000,00.

CLÁUSULA IX. COBERTURAS

En todas las coberturas de este seguro y hasta por el monto máximo que se indica en la cláusula de Suma Asegurada, el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados, incurridos por el Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, dentro de la República de Costa Rica, que sean resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrido(a) durante el período de vigencia de la misma y dentro del territorio costarricense, sujeto a las exclusiones indicadas en el contrato del seguro.

1. Cobertura de Asistencia Médica.

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta por la suma indicada en la Cláusula Suma Asegurada, el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados, incurridos por el Asegurado dentro de la República de Costa Rica, durante el período



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

de un viaje, como resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrida durante el período de vigencia de la misma, tal como se indica a continuación y sujeto a las exclusiones de la Cláusula de Riesgos Excluidos.

- a. **Cirugía.** Cubre los costos de las intervenciones quirúrgicas que sean realizadas al Asegurado por recomendación médica, siempre que la causa que origina la necesidad quirúrgica sea una enfermedad aguda o un accidente cubierto por la póliza.
- b. **Hospitalización.** Cubre los costos de los servicios de hospitalización del Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, originados por una enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza.
- c. **Internamiento en Unidad de cuidados intensivos y/o Unidad coronaria.** Cubre los costos por internamiento del Asegurado en una Unidad de cuidados intensivos y/o Unidad coronaria, durante el período de vigencia de la póliza, siempre que éste sea por motivo de enfermedad aguda o accidente cubiertos.
- d. **Consulta médica de especialista.** Cubre los costos de las consultas del Asegurado a médicos especialistas, ya sean en consultorio o a domicilio, realizadas durante el período de vigencia de la póliza por recomendación médica, si se requieren por causa de una enfermedad aguda o accidente cubiertos por la póliza.
- e. **Exámenes médicos complementarios.** Cubre los costos de los exámenes médicos complementarios (radiografías, exámenes de laboratorio, ultrasonido, TAC, resonancia magnética), que sean realizados al Asegurado por prescripción médica durante la vigencia de la póliza y necesarios en caso de una enfermedad aguda o accidente que sea cubierto por la póliza.
- f. **Medicamentos.** Cubre los costos de los medicamentos que el médico prescriba al Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, siempre que éstos sean para el alivio y/o tratamiento de una enfermedad aguda o accidente cubiertos.
- g. **Traslado al centro hospitalario más cercano.** Cubre los costos de traslado al centro hospitalario más cercano, incluyendo ambulancia terrestre para el traslado del Asegurado dentro del territorio nacional, siempre y cuando el traslado sea a causa de una enfermedad aguda o accidente cubiertos, y el mismo se realice durante el período de vigencia de la póliza.
- h. **Servicio de odontología de urgencia.** Cubre los costos por tratamiento dental de emergencia que sean realizados al Asegurado, siempre que éstos sean para el alivio inmediato del dolor a causa de una enfermedad aguda o accidente cubiertos y



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

se realicen durante el período de vigencia de la póliza. Este beneficio tiene un sublímite de US\$200,00 (doscientos dólares americanos).

- i. **Ambulancia aérea.** Cubre los costos de ambulancia aérea para el traslado del Asegurado dentro del territorio nacional, siempre y cuando el traslado sea a causa de una enfermedad aguda o accidente cubiertos, y el mismo se realice durante el período de vigencia de la póliza y sea médicamente necesario y no se pueda o no convenga médicamente realizar el traslado en ambulancia terrestre.
- j. **Repatriación sanitaria.** Si la Unidad de Asistencia del Instituto determina que es médicamente necesario trasladar al Asegurado a una institución médica más cercana a la residencia permanente del mismo, ésta efectuará los trámites necesarios para realizar la repatriación del Asegurado y si fuera médicamente necesario, bajo supervisión médica calificada. Todo arreglo de transportación deberá realizarse utilizando las rutas más directas y económicas. Los servicios cubiertos bajo esta cobertura incluyen la consulta de médicos, enfermeras (si fuera necesario), los arreglos de transportación por tierra o por aire, y las actividades, tratamientos y servicios relacionados con el traslado médico del paciente, no incluye transporte en ambulancia aérea.
- k. **Repatriación de restos mortales del Asegurado.** Si el accidente o enfermedad aguda, cubiertos por este seguro, producen la muerte del Asegurado durante la vigencia de la póliza, se procederá al envío de los restos mortales del Asegurado fallecido, desde donde éstos estén hasta el país de origen del mismo. El Instituto no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte, causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto y otras situaciones ajenas al Instituto.

2. Cobertura de Otros Gastos.

Esta cobertura ofrece protección en los siguientes casos:

- a. **Compensación por sustracción de sus pertenencias.** Cuando el Asegurado sufriera la sustracción de sus pertenencias, producto de un robo en una habitación de hotel cerrada y/o un asalto considerado con agravantes, y sea reportado el acto a las autoridades policiales y emitido un reporte oficial, al Asegurado se le otorgarán US\$300.00 (trescientos dólares americanos) como indemnización.

Para la indemnización, el Asegurado debe aportar la denuncia interpuesta ante el Organismo de Investigación Judicial.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

- b. **Pérdida de pasaporte.** Cuando el Asegurado pierda accidentalmente su documento de viaje o pasaporte oficial, se le reintegrará el costo de la gestión consular para obtener la documentación transitoria que le permita regresar a su país de residencia permanente. Monto de la indemnización US\$100,00 (cien dólares americanos).

Si el Asegurado extravía su pasaporte debe comunicarse de inmediato a la Unidad de Asistencia del Instituto, quien le indicará los pasos a seguir.

- c. **Traslado aéreo de una persona que acompañe al Asegurado.** Por recomendación médica, se traslada a una persona para que asista al Asegurado, cuando éste se encuentre hospitalizado por enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza.

Se reconoce bajo esta cobertura el costo del boleto aéreo de ida y regreso en clase económica, hasta un máximo de US\$5.000,00 (cinco mil dólares americanos)

- d. **Retorno anticipado por fallecimiento de un familiar del Asegurado.** Se pagará al Asegurado los gastos de traslado al país de origen en caso del fallecimiento su cónyuge o conviviente, hijos, padres, hermanos, o suegros del Asegurado que vivan en el país de origen del Asegurado.

El Instituto indemnizará bajo esta cobertura el costo del boleto aéreo de regreso al país de origen del Asegurado o el exceso del monto recuperado por concepto de pasajes que otorga la línea aérea. Si se trata de pasajes restringidos, el Instituto pagará solamente el recargo que se cobra al Asegurado por cancelar su vuelo, por alguna de las causas cubiertas por esta Póliza. El monto máximo a reconocer será hasta US\$5.000,00 (cinco mil dólares americanos).

- e. **Transmisión de mensajes urgentes.** La Unidad de Asistencia se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados de los Asegurados, relativos a eventos cubiertos por el seguro.

- f. **Asistencia legal.** Asistencia legal en caso de que el asegurado fuera detenido por autoridades policiales, o procesado por orden judicial en Costa Rica, como consecuencia de que le sea imputada la responsabilidad por los daños y perjuicios derivados de un accidente de tránsito en que haya sido parte.

Los beneficios de transmisión de mensajes urgentes y asistencia legal no tienen un sublímite de monto asegurado, no obstante se brindan únicamente mediante la Unidad de Asistencia del Instituto.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

2. Cobertura de eventos de la naturaleza:

Cubre los gastos de estadía en el hotel, alimentación y traslado al aeropuerto debido a la ampliación de la permanencia del Asegurado en el país producto de un evento de la naturaleza como terremoto, inundación, erupción volcánica, maremoto y cualquier otro fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico que le impida continuar con su viaje. Se limita a los gastos necesarios para máximo cinco (5) días de estadía y alimentación, así como del traslado al aeropuerto para que el Asegurado pueda regresar a su país de origen. Para esta cobertura se establece un sublímite de hasta US\$5.000,00.

CLÁUSULA X. EDADES DE CONTRATACIÓN

Este producto no tiene edades mínimas ni máximas de contratación.

CLÁUSULA XI. DEDUCIBLE

Las indemnizaciones sobre los gastos que se giren al amparo de la Cobertura de Asistencia médica por enfermedad aguda o accidente estará sujeta a la aplicación de un deducible de US\$100 (cien dólares americanos) por evento.

Para las indemnizaciones bajo las coberturas de Otros Gastos y Riesgos Catastróficos no aplica el deducible.

CLÁUSULA XII. OTROS SEGUROS

Si una o varias pólizas de este mismo plan de seguro fueran adquiridas por el Asegurado, el seguro excedente será nulo y todas las primas pagadas por concepto del mismo serán devueltas al Asegurado.

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera, 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 deberá declarar al momento de la suscripción del seguro o al momento del reclamo, sin detrimento de lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, sobre la existencia de otras pólizas que amparen el mismo riesgo, así como también detalle



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

de dichas pólizas que contengan al menos la siguiente información: Compañía Aseguradora, Número de Contrato, Línea de Seguro, Vigencia y Monto Asegurado.

CLÁUSULA XIII. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN

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

La prima se establece de acuerdo con la cantidad de semanas en que el Asegurado permanezca en Costa Rica y se detalla en la Oferta de Seguro.

El Asegurado podrá cancelar el seguro de forma anticipada dando aviso por escrito al Operador de Seguros Autoexpedibles, Intermediario de Seguros Autorizado o a cualquier Sede el Instituto, por lo menos con un mes de anticipación.

El Instituto cancelará el contrato en la fecha de terminación solicitada expresamente por el Asegurado y procederá a devolver el 70% de las primas no devengadas, deduciendo el 30% restante por concepto de gastos administrativos.

La prima no devengada se calcula a prorrata como el número de días que faltan por transcurrir del período de cobertura a partir del día siguiente al de la cancelación, dividido por el número de días del período de cobertura y multiplicado por la prima pagada.

Cuando corresponda la devolución de primas, la misma se hará dentro de los 10 días hábiles siguientes a la cancelación.

CLÁUSULA XIV. DOMICILIO DE PAGO

Para todo efecto contractual se tendrá como domicilio de pago, las Oficinas Centrales del Instituto o cualesquiera de sus Sedes o representantes autorizados.

CLÁUSULA XV. EXCLUSIONES

El Instituto no cubrirá al Asegurado bajo esta póliza, las pérdidas o gastos que se produzcan o que sean agravados por las situaciones que se indican a continuación.

1. Para todas las coberturas

- a. **Guerra, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, invasión, acción de enemigo extranjero, acciones terroristas, poder militar o poder usurpado, ley marcial, operaciones militares, navales o aéreas (con o sin**



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

- declaración de guerra); rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, motines o acción de autoridades legítimamente constituidas.
- b. **Energía nuclear.**
 - c. **Radiación ionizante o contaminación por radioactividad de combustible o basura nuclear de combustión o explosivos tóxicos, de radioactividad u otras propiedades peligrosas de componentes explosivos nucleares.**
 - d. **Olas de presión causadas por naves aéreas u otros aparatos aéreos viajando a velocidades sónicas o supersónicas.**
 - e. **Consumación o tentativa de suicidio, heridas autoinflingidas, así como actos notoriamente peligrosos o temerarios.**
 - f. **Accidentes sufridos debido a la participación del Asegurado la comisión de un delito, crimen o por infringir leyes migratorias, de tránsito o cualquier legislación vigente en el país.**
 - g. **Los que ocurran como piloto o pasajero de algún automóvil u otro vehículo, en algún tipo de competencia.**
 - h. **Los que ocurran como piloto mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.**
 - i. **Gastos pagados por un operador de excursiones, de hoteles o de transporte y estadía.**
 - j. **Epidemias bajo el control de las autoridades públicas.**
 - k. **Eventos ocurridos después de la fecha de terminación de esta póliza.**

2. Cobertura de Asistencia Médica

- a. **Condiciones médicas pre-existentes.**
- b. **Cualquier gasto relacionado con el embarazo.**
- c. **Accidentes o enfermedades a causa de, o derivados de los efectos del alcohol y/o drogas.**
- d. **Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.**
- e. **Gastos relacionados con trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, histeria o similares, independientemente de sus manifestaciones clínicas.**
- f. **Tratamientos preventivos y/o vacunas, salvo que sean consecuencia de un accidente cubierto.**
- g. **Tratamientos y exámenes que pueden esperar hasta la llegada del Asegurado a su país de residencia.**
- h. **Problemas odontológicos pre-existentes y tratamiento odontológico que no sea analgésico ni provisional y que pueda ser postergado hasta el regreso del Asegurado a su domicilio.**
- i. **Gastos que hayan sido efectuados por un Asegurado por o como resultado de un tratamiento que no sea un accidente o enfermedad aguda ocurridos durante la vigencia de la póliza.**

COSTA RICA DESTINO SEGURO

- j. Gastos de tratamientos o cirugías electivas, incluyendo exámenes o procedimientos exploratorios que no estén directamente relacionados con el accidente o enfermedad aguda, debido al cual se requiere la hospitalización del Asegurado.**
- k. Gastos adicionales en que se incurra por hospitalización en habitaciones individuales o privadas.**
- l. Gastos y servicios y/o tratamientos médicos proporcionados después de la terminación del viaje, y/o después de que el Asegurado haya regresado a su país de residencia.**
- m. Gastos por concepto de medicinas alternativas, aún cuando las mismas sean administradas por un médico.**
- n. Gastos, servicios médicos y asistencia, que excedan los límites de costos razonables y acostumbrados; o que no sean considerados médicamente necesarios para el tratamiento de un accidente o enfermedad aguda.**
- o. Gastos incurridos por accidente o enfermedad aguda como consecuencia de la práctica profesional de deportes.**
- p. Este seguro no cubrirá los gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad pre-existente, crónica o recurrente. La póliza no cubrirá la necesidad de un tratamiento que era predecible antes de la salida del país de origen del Asegurado.**
- q. Intervenciones y tratamientos de cirugía cosmética o de belleza, tratamientos de reposo o exámenes médicos generales necesarios para comprobación de estado de salud.**

3. Cobertura de Otros Gastos

- a. Robos no reportados a las autoridades competentes.**
- b. Pérdidas correspondientes a confiscación en las aduanas o por otras autoridades.**
- c. Pérdida de equipaje u objetos transportados por medios terrestres, sean estos públicos o privados.**
- d. Retorno anticipado como resultado de un cambio en la manera de pensar del Asegurado, por circunstancias financieras del Asegurado o que el familiar fallecido no corresponda a sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.**

4. Cobertura de eventos de la naturaleza.

- a. Fenómenos de la naturaleza, bajo el control de las autoridades públicas excepto lo establecido en la Cobertura de Riesgos Catastróficos.**
- b. En el caso de la declaratoria de una catástrofe natural, gastos que no correspondan a hotel y alimentación de sobrevivencia o que excedan de los cinco (5) días contados desde la ocurrencia de la catástrofe natural.**



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

- c. **Traslados que el cliente pretenda o solicite y que no correspondan al traslado al aeropuerto para el abordaje del vuelo de regreso a su país de residencia o destino que tenga programado el Asegurado y que corresponda al abandono del país (Costa Rica).**

CLÁUSULA XVI. PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

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 Tomador del Seguro, 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.

El Instituto realizará el reconocimiento de los beneficios de este seguro tanto por el mecanismo de reembolso (el Asegurado se apersona a las oficinas del Instituto y aporta los documentos y comprobantes para el análisis del reclamo) o bien a través de pago directo por medio de la Unidad de Asistencia del Instituto la cual indicará al Asegurado el proveedor al que debe acudir, según lo establece la cláusula de Utilización de la Póliza de este contrato.

Cuando se produzca un evento que pudiese dar lugar a una indemnización bajo esta póliza, el Asegurado deberá:

Para todas las coberturas.

1. Dar aviso a la Unidad de Asistencia del Instituto, sea que se brinde al asistencia o que el Asegurado se ocupe de los gastos y luego se apersona a gestionar el reembolso.
2. Aportar la documentación necesaria para el trámite del reclamo o comunicar a la Unidad de Asistencia en un plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del evento cubierto.
3. Fotocopia del pasaporte del Asegurado.

Para la cobertura de asistencia médica.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

1. Si el Asegurado utiliza la Unidad de Asistencia del Instituto:
 - a) Dar aviso a la Unidad de Asistencia del Instituto, sobre la naturaleza y causa del evento. La omisión por parte del Asegurado de brindar este aviso, no traerá como consecuencia la reducción o nulidad de los alcances de las coberturas, si el mismo se debió a fuerza mayor o caso fortuito.
 - b) Acatar las recomendaciones de la Unidad de Asistencia del Instituto. Si no lo hiciese, el Instituto pagará en exceso del deducible si corresponde, los gastos incurridos de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados, debiendo el Asegurado asumir la diferencia.
 - c) Pagar un deducible de \$100 al proveedor del servicio.
 - d) Aportar, en caso de requerirse, el formulario “Autorización para consulta de expediente”.
2. Según la cobertura a afectar, la Unidad de Asistencia podrá establecer la atención del reclamo por el mecanismo de reembolso de los gastos, para lo cual brindará al Asegurado toda la información sobre la cobertura y requisitos que deberá aportar para el trámite ante el Instituto, en un plazo máximo de siete (7) días hábiles luego de ocurrido el evento y de haberlo reportado a la Unidad de Asistencia. Para el reembolso deberá:
 - a) Presentar el formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado tanto en la sección A. que debe completar el Asegurado como en la sección B. que debe completar el médico tratante, con el diagnóstico y la evolución en tiempo días.
 - b) Presentar las facturas originales timbradas y pagadas de gastos efectuados, con el detalle de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo.
 - c) Presentar las recetas y prescripciones que justifiquen los exámenes médicos y medicamentos.
 - d) Aportar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

Para la cobertura de otros gastos.

1. Compensación por sustracción de pertenencias en la habitación del hotel.
 - a) Fotocopia de la denuncia interpuesta ante el Organismo de Investigación Judicial.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

2. Pérdida de pasaporte.

La Unidad de Asistencia le comunicará al Asegurado los pasos a seguir, así como la dirección y horario del consulado o embajada de su país para la debida obtención del nuevo pasaporte o salvoconducto para el regreso a su país de residencia.

3. Traslado aéreo de un acompañante.

La Unidad de Asistencia coordinará lo correspondiente para otorgar un tiquete aéreo (clase económica y con un costo que no supere los cinco mil dólares (US\$5.000,00) para un acompañante con el propósito de asistir al Asegurado mientras se encuentre hospitalizado por enfermedad aguda o accidente y siempre que sea recomendado por el médico tratante. Para la coordinación el cliente deberá comunicarse con la Unidad de Asistencia y suministrar certificado médico con la justificación de la necesidad de contar con una persona que le acompañe para asistirlo.

4. Retorno anticipado

- a)** Fotocopia del comunicado del fallecimiento de su familiar así como copia del comprobante de defunción.

Para la cobertura de eventos de la naturaleza.

- a)** Presentar fotocopia del pasaje de avión a fin de verificar la fecha de salida que se tenía programada.
- b)** Coordinar con la Unidad de Asistencia el traslado al aeropuerto.

Los plazos señalados en los incisos anteriores son los establecidos por el Instituto para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo.

CLÁUSULA XVII. AUDITORÍA MÉDICA

El Asegurado autoriza expresamente a los funcionarios que el Instituto designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en sus expedientes en todo centro hospitalario, clínico o consultorio, después de un reclamo, correspondiente a su estadía en territorio costarricense.

El Instituto se reserva el derecho de grabar las llamadas de “call center” y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus coberturas. El Asegurado expresa su conformidad con la modalidad indicada y la eventual



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

utilización de las cintas magnetofónicas, como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

CLÁUSULA XVIII. NULIDAD ABSOLUTA DE DERECHOS

Este contrato terminará y el Instituto quedará liberado de sus obligaciones contractuales cuando con fundamento en las pruebas analizadas determine que el Asegurado o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por el asegurador o por el representante de uno o de otro que hubieran podido influir de modo directo en las existencias o condiciones del contrato.

Si la falsedad o inexactitud proviene del Asegurado o de quien lo represente el Instituto tiene derecho a retener las primas pagadas; si proviniere del Instituto o su representante, el Asegurado podrá exigir la devolución de lo pagado por primas más un 10% en calidad de perjuicios. Cuando hubiere mutuo engaño el Asegurado solo tendrá derecho a percibir las primas que haya pagado. El Instituto hará el reintegro en un plazo de 15 días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

CLÁUSULA XIX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza finalizará el día en que el Asegurado abandone el territorio costarricense, en el momento en que éste recibe el sello de salida de la Oficina de Migración de la República de Costa Rica.

La finalización de la vigencia implica automáticamente el cese de todos los servicios detallados en la Oferta de Seguro, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento de finalizar la vigencia de la póliza.

También finalizará anticipadamente si así lo solicita el Asegurado, siempre que la solicitud de terminación la realice en el plazo indicado en la Cláusula Pago de Primas y Procedimiento de Devolución de este contrato.

CLÁUSULA XX. PRESCRIPCIÓN

El derecho de plantear un reclamo al amparo de esta póliza, prescribe después de cuatro (4) años, contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA XXI. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos frente a terceros respecto a la cuantía de la indemnización que reciba y responderá de todo acto que perjudique la referida cesión. En este sentido, el Asegurado se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

CLÁUSULA XXII. TIPO DE CAMBIO

Si el pago de la prima se realiza en una moneda que no sea dólares, el Tomador del seguro o el Asegurado podrán 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. COMPETENCIA JURISDICCIONAL

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

CLÁUSULA XXIV. NORMA SUPLETORIA

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 y la Ley del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011, así como sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

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 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 Tomador de seguro se compromete con el Instituto, a través del Contrato de Seguros, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Información del Cliente"; así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto solicite la colaboración para tal efecto.

El Instituto se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro en caso que el Contratante incumpla con esta obligación cuando se lo solicite, en cualquier momento de la vigencia del Contrato. En este caso, se devolverán las primas no devengadas dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación del contrato.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO

CLÁUSULA XXVII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran esta póliza 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 XXX de fecha XXX.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

COSTA RICA DESTINO SEGURO Oferta de Seguro

No. Póliza: _____ No. de formulario: _____

DATOS DE PÓLIZA	Fecha de Emisión:	Vigencia Desde:	Hasta:	<input type="checkbox"/> Seguro Individual <input type="checkbox"/> Seguro Familiar <input type="checkbox"/> Seguro Grupal
		Día / Mes / Año	Día / Mes / Año	
	Permanencia en el País. Fecha de ingreso:	Fecha de salida:	Lugar de Ingreso:	Moneda: <input type="checkbox"/> Dólares

Datos del Tomador del Seguro	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
	Nombre o razón social:	NO APLICA		
	Tipo de Identificación:	<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Persona 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		
	Nº Identificación:	Ocupación o actividad económica:		
	Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
	Dirección de su ubicación en Costa Rica:			
	Apartado:	Teléfono Celular:	Dirección Electrónica:	
Declare la cantidad de dinero en efectivo, documentos (cheques, pagarés, ordenes de pago o similares) o combinación de ambos si ésta excede los diez mil dólares estadounidenses (US\$10.000,00)				

Datos del Asegurado Directo	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre Completo:	
	Tipo de Identificación:	<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Persona 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		
	Nº Identificación:	Ocupación o actividad económica:		
	Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
	Dirección de su ubicación en Costa Rica:			
	Apartado:	Dirección Electrónica:	Teléfono Celular:	Edad del Asegurado:
Declare la cantidad de dinero en efectivo, documentos (cheques, pagarés, ordenes de pago o similares) o combinación de ambos si ésta excede los diez mil dólares estadounidenses (US\$10.000,00)				

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 _____

Forma de Aseguramiento	INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO.
	<input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta propia <input type="checkbox"/> Aseguramiento por cuenta de un tercero

Datos del Asegurado Dependiente 1

Primer Apellido:			Segundo Apellido:			Nombre Completo:		
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Persona 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								
N° Identificación:			Ocupación o actividad económica:					
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año			Nacionalidad:			Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección de su ubicación en Costa Rica:								
Apartado:			Teléfono Domicilio:			Teléfono Celular:		Edad del Asegurado:
Sitio Web:			Dirección Electrónica:					
Declare la cantidad de dinero en efectivo, documentos (cheques, pagarés, ordenes de pago o similares) o combinación de ambos si ésta excede los diez mil dólares estadounidenses (US\$10.000,00)								
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"/> Persona 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								
N° Identificación:			Ocupación o actividad económica:					
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año			Nacionalidad:			Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección de su ubicación en Costa Rica:								
Apartado:			Teléfono Domicilio:			Teléfono Celular:		Edad del Asegurado:
Sitio Web:			Dirección Electrónica:					
Declare la cantidad de dinero en efectivo, documentos (cheques, pagarés, ordenes de pago o similares) o combinación de ambos si ésta excede los diez mil dólares estadounidenses (US\$10.000,00)								
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"/> Persona 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								
N° Identificación:			Ocupación o actividad económica:					
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año			Nacionalidad:			Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Dirección de su ubicación en Costa Rica:								
Apartado:			Teléfono Domicilio:			Teléfono Celular:		Edad del Asegurado:
Sitio Web:			Dirección Electrónica:					
Declare la cantidad de dinero en efectivo, documentos (cheques, pagarés, ordenes de pago o similares) o combinación de ambos si ésta excede los diez mil dólares estadounidenses (US\$10.000,00)								
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 _____								

PRIMA: \$ 25,00 (veinticinco dólares) por semana.

NOTA: Este seguro se comercializa por semanas completas, para vigencias mayores a una semana la prima se determina multiplicando la cantidad de semanas de vigencia por la prima indicada.

Cuando se asegure el grupo familiar, los asegurados dependientes cuentan con un 25% de descuento en su prima. Si se trata de aseguramientos grupales de 10 o más asegurados el descuento a aplicar es un del 10% sobre la prima. Estos descuentos no son excluyentes entre sí.

COBERTURAS Y MONTO ASEGURADO

Beneficios		Cobertura máxima
1. Asistencia médica (a causa de enfermedad aguda o accidente del Asegurado)		
a) Cirugía.		Hasta \$20.000,00 Aplica deducible de \$100,00 por evento.
b) Hospitalización.		
c) Internamiento en Unidad de cuidados intensivos y/o Unidad coronaria.		
d) Consulta médica de especialista, en consultorio o a domicilio.		
e) Exámenes médicos complementarios (radiografías, exámenes de laboratorio, ultrasonido, TAC, resonancia magnética). Deben estar prescritos por un médico.		
f) Medicamentos prescritos por un médico.		
g) Traslados al centro hospitalario más cercano, incluyendo ambulancia terrestre o aérea para el traslado del Asegurado dentro del territorio nacional.		
h) Servicio de odontología de urgencia a causa de accidente o enfermedad aguda. Hasta \$200,00.		
i) Ambulancia aérea.		
j) Repatriación sanitaria.		
k) Repatriación de restos mortales.		
2. Cobertura de otros gastos		
a) Compensación por pérdida temporal del equipaje a la llegada al país, por responsabilidad de la línea aérea. No es objeto de cobertura la pérdida temporal de equipaje transportado por el Asegurado, que le sea robado en otro lugar fuera del hotel o que sea movilizad por medio de transporte terrestre sea público o privado.		Hasta \$100,00
b) Compensación por sustracción de sus pertenencias producto de un robo en la habitación de hotel cerrada y/o asalto considerado con agravantes. Para la indemnización el Asegurado debe aportar denuncia ante el Organismo de Investigación Judicial, interpuesta dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del hecho.		Hasta \$300,00
c) Pérdida de pasaporte.		\$100,00
d) Traslado aéreo de una persona que acompañe al Asegurado. Siempre que el Asegurado se encuentre hospitalizado por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y que esté médicamente justificada la necesidad del acompañante.		Hasta \$5.000,00. Boleto aéreo en clase económica
e) Retorno anticipado en caso de fallecimiento de un familiar en el país de origen (padres, cónyuge, hijos o hermanos del Asegurado).		Hasta \$5.000,00. Boleto aéreo en clase económica
f) Trasmisión de mensajes urgentes por medio de la Unidad de Asistencia. Únicamente mensajes relativos a eventos cubiertos por el seguro.		Incluido
g) Asistencia legal si el Asegurado es detenido por autoridades policiales o procesado por orden judicial en Costa Rica, como consecuencia de serle imputada la responsabilidad por los daños y perjuicios derivados de un accidente de tránsito en que haya sido parte.		Incluido
3. Cobertura de riesgos catastróficos		
Cubre los gastos por pago de hotel, alimentación y traslado al aeropuerto debido a ampliación de la permanencia en el país a causa de una catástrofe natural que le impida continuar con el viaje. Se limita a los gastos necesarios para cinco días de estadía y alimentación, así como el costo del traslado al aeropuerto.		Hasta \$5.000,00.

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Correo electrónico: _____ Fax: _____

Apartado o Dirección: _____

Recuerde mantener actualizados sus datos.

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 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 del contrato de la póliza. Convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud facultará al Instituto de relevare 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: _____

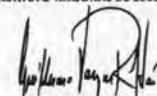
OBSERVACIONES:

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, en la opción contactenos o con su intermediario de Seguros.

Firma y número de identificación del Asegurado

Nombre y firma del intermediario o Representante autorizado del INS

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Guillermo Vargas Robledo
Subgerente
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 xxxxxxxx de fecha xxxxxxxx.

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