

Instituto Nacional de Seguros

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

PRODUCTO DESINSCRITO ANTE LA SUGESE
(Expediente RPS2014-00059 del 10/06/2019)

Código de producto: P16-33-A01-047

Fecha registro V2: 22-01-2014

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| ACUERDO DE ASEGURAMIENTO | 2 |
| CONDICIONES GENERALES | 3 |
| CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA..... | 3 |
| CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA..... | 3 |
| CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO | 3 |
| CLÁUSULA IV. DEFINICIONES..... | 3 |
| CLÁUSULA V. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA | 6 |
| CLÁUSULA VI. PERSONAS ASEGURADAS..... | 6 |
| CLÁUSULA VII. ÁMBITO DE COBERTURA | 6 |
| CLÁUSULA VIII. SUMA ASEGURADA | 6 |
| CLÁUSULA IX. COBERTURAS | 7 |
| CLÁUSULA X. DEDUCIBLE..... | 8 |
| CLÁUSULA XI. PRIMA DE LA PÓLIZA Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN..... | 9 |
| CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS | 10 |
| CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA | 10 |
| CLÁUSULA XIV. REPORTES | 11 |
| CLÁUSULA XV. LIQUIDACIÓN DE PRIMAS..... | 11 |
| CLÁUSULA XVI. EDADES DE CONTRATACIÓN..... | 12 |
| CLÁUSULA XVII. RIESGOS EXCLUIDOS | 12 |
| CLÁUSULA XVIII. BENEFICIARIOS | 13 |
| CLÁUSULA XIX. REQUISITOS PARA TRÁMITE DE RECLAMOS | 13 |
| CLÁUSULA XX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES..... | 15 |
| CLÁUSULA XXI. RENOVACIÓN DEL CONTRATO..... | 16 |
| CLÁUSULA XXII. PRESCRIPCIÓN..... | 16 |
| CLÁUSULA XXIII. OTROS SEGUROS | 16 |
| CLÁUSULA XXIV. OMISION Y/O INEXACTITUD | 17 |
| CLÁUSULA XXV. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA..... | 17 |
| CLÁUSULA XXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE | 17 |
| CLÁUSULA XXVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS..... | 17 |
| CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES | 18 |
| CLÁUSULA XXIX. COMUNICACIONES | 18 |
| CLÁUSULA XXX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN..... | 18 |
| CLÁUSULA XXXI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS..... | 18 |

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, cédula jurídica número 400000-1902-22, compañía de seguros domiciliada en Costa Rica, denominada en adelante el **Instituto**, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales, las adenda y las Condiciones Particulares que a continuación se estipulan, con base en la solicitud de seguro del Asegurado y o Tomador.

En atención al pago de la prima convenida acuerda:

Pagar al Asegurado, su representante legal o al que de acuerdo con las Condiciones Generales se define como Beneficiario, al recibir prueba fehaciente de que la incapacidad, los gastos médicos o la muerte del Asegurado ocurrieron durante la vigencia reportada previamente y amparada por el Instituto, el monto asegurado según la opción elegida en dicho formulario.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Guillermo Vargas Roldán
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen el Seguro Viajero Frecuente en dólares y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la solicitud del seguro, los reportes del Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares, así como los adenda.

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

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

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

CLÁUSULA IV. DEFINICIONES

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

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

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

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

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

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

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

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

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

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

17. SEMANA: Período de siete días consecutivos.

18. PERÍODO DE GRACIA: En caso de pago fraccionado de la prima o renovación de la póliza, es el período después del vencimiento de la misma, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado siempre y cuando pague la prima dentro del plazo otorgado. No se otorga ningún período de gracia para el pago de una prima inicial de la póliza debido a que ésta no entra en vigencia hasta que se ha pagado la prima inicial.

19. PÓLIZA: Es el documento que contiene la Solicitud de Seguro y las Condiciones Generales, Particulares y adenda, que rigen la materia.

20. PRIMA: Precio pactado por el seguro contratado.

21. TOMADOR DEL SEGURO: Persona física 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. VIAJE: Significa un destino específico reservado fuera del país dentro del período de vigencia de la póliza.

CLÁUSULA V. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta es una póliza para viajeros anual renovable con prima provisional de depósito, la cual será liquidada al final del período, siempre y cuando el período de permanencia en el extranjero supere las cuatro (4) semanas.

Este seguro podrá ser adquirido por personas que viajen al menos tres (3) veces durante el año póliza y que permanezcan en el extranjero como mínimo cuatro (4) semanas (veintiocho días) de forma interrumpida o no, sin exceder las cincuenta y dos (52) semanas por cada viaje. Dicho período se computa por cada Asegurado de forma independiente.

La póliza es prorrogable por períodos anuales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de anticipación a su inmediato vencimiento.

El Asegurado quedará amparado a partir del día en que se indique en la Oferta de Seguro siempre y cuando se haya cancelado la prima.

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

CLÁUSULA VI. PERSONAS ASEGURADAS

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

CLÁUSULA VII. ÁMBITO DE COBERTURA

La cobertura que esta póliza garantiza para cada uno de los riesgos, se refiere a eventos y gastos incurridos fuera del territorio nacional, durante las veinticuatro (24) horas del día, mientras el Asegurado se encuentre viajando en calidad de turista o ejecutivo y el evento ocurra dentro de los límites del periodo de viaje reportado previamente al Instituto.

CLÁUSULA VIII. SUMA ASEGURADA

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

El monto asegurado elegido se establece en las Condiciones Particulares que se entregan al Asegurado y o Tomador, el cual es el mismo monto tanto para el Asegurado Directo como para los Asegurados Dependientes.

CLÁUSULA IX. COBERTURAS

El Instituto indemnizará al Asegurado o en su caso al beneficiario designado en la póliza, o bien a los causahabientes del Asegurado, por la pérdida que sufra a causa directa de los riesgos

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

amparados bajo la coberturas que adelante se detallan, de conformidad con lo estipulado en la Solicitud de Seguro y siempre que se haya pagado la prima que acredita la protección.

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

a. Tabla de Indemnizaciones:

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

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

b. Combinación de incapacidades

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

3. **REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:** El Instituto se compromete a reintegrar los gastos a quien haya efectuado el pago, contra presentación de las facturas

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

correspondientes, hasta un diez por ciento (10%) de la suma asegurada bajo la cobertura de muerte, por gastos originados de la repatriación de los restos mortales del Asegurado a su país de origen, siempre que su deceso se produzca como consecuencia de un accidente o enfermedad aguda cubiertos por esta póliza.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA: El Instituto indemnizará hasta un diez por ciento (10%) de la suma contratada en la cobertura de Muerte Accidental, de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrida durante el período de vigencia de la misma, por los conceptos descritos a continuación y que hayan sido ordenados por un médico o cirujano legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión contra presentación de facturas, recetas y diagnóstico respectivo:

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

Por cada evento (accidente o dolencia a causa de enfermedad aguda, producidos en el período de cobertura) los beneficios se pagarán por un lapso no mayor de un (1) año después de la fecha de ocurrido el evento.

CLÁUSULA X. DEDUCIBLE

El Instituto pagará el total de los beneficios descritos en la Cláusula Coberturas, punto 4. Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda, hasta por un máximo del diez por ciento (10%) de la suma asegurada por muerte, sujeto a un deducible del diez por ciento (10%) sobre el monto de los gastos cubiertos, con un mínimo de US\$50 (cincuenta dólares) por accidente o enfermedad aguda.

CLÁUSULA XI. PRIMA DE LA PÓLIZA Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN

La prima que se establece para esta póliza es la que se detalla en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El Instituto se reserva el derecho de modificar las tarifas de esta póliza en el vencimiento anual, con el propósito de garantizar una adecuada proporción entre egresos por reclamos e ingresos por primas.

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

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

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

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

| Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión hasta la fecha de cancelación | Porcentaje devengado de la prima anual |
|--|---|
| Hasta 5 días hábiles | 0% |
| Más de 05 días hábiles a 1 mes | 34% |
| Más de 1 mes a 2 meses | 43% |
| Más de 2 meses a 3 meses | 51% |
| Más de 3 meses a 4 meses | 58% |
| Más de 4 meses a 5 meses | 65% |
| Más de 5 meses a 6 meses | 72% |
| Más de 6 meses a 7 meses | 77% |
| Más de 7 meses a 8 meses | 83% |
| Más de 8 meses a 9 meses | 88% |
| Más de 9 meses a 10 meses | 92% |
| Más de 10 meses a 11 meses | 96% |
| Más de 11 meses a 12 meses | 100% |

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

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

CLÁUSULA XII. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima de depósito y entrará en vigor de acuerdo con la Cláusula Plan de Seguro y Vigencia. Si la prima no ha sido pagada antes de la fecha de inicio de la póliza, ésta no entrará en vigor y el Instituto no será responsable.

El costo anual como depósito de prima provisional se calcula de acuerdo con el siguiente esquema:

| Período de viaje | Costo Anual como Depósito de Prima Provisional (porcentaje de la prima) |
|-------------------------------------|---|
| 4 semanas | 75% |
| Más de 4 semanas y hasta 8 semanas | 72.5% |
| Más de 8 semanas y hasta 12 semanas | 70% |
| Más de 12 semanas | 62.5% |

Dicho pago deberá efectuarse de acuerdo con la forma de pago elegida, a saber: trimestral, semestral o anual, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento, según se indica de seguido:

| Forma de Pago | Porcentaje de Recargo | Forma de Cálculo de la Prima |
|---------------|-----------------------|------------------------------|
| Trimestral | 4% | Prima anual * 1.04 / 4 |
| Semestral | 3% | Prima anual * 1.03 / 2 |
| Anual | Sin recargo | Sin recargo |

CLÁUSULA XIII. PERÍODO DE GRACIA

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

El Instituto concederá al Asegurado y o Tomador un período de gracia a partir de la fecha estipulada de pago de primas, sin aplicar recargos ni intereses.

La extensión de dicho período dependerá de la frecuencia de pago escogida según el siguiente detalle:

1. Dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes al vencimiento si el pago es anual.
2. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento si el pago es semestral.
3. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento si el pago es trimestral.

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente, siempre que se haya realizado previamente el reporte del viaje.

CLÁUSULA XIV. REPORTES

El Asegurado Directo deberá reportar, previamente a cada viaje, los Asegurados que hacen uso de la póliza con la siguiente información:

- Nombre y dos apellidos
- Duración del viaje (número de días), fecha de inicio y término del viaje.

Si las fechas reportadas de la duración del viaje sufrieran modificación, el Asegurado deberá reportar previamente al Instituto dicho cambio, caso contrario no se cubrirán aquellos eventos que ocurran dentro del período no reportado.

El Asegurado Directo tiene la potestad de incluir nuevos Asegurados que pertenezcan al Grupo Familiar según lo estipulado en la Cláusula Edades de Contratación, en cuyo caso deberá efectuar el reporte y el pago del ajuste de primas correspondiente.

Los viajes que no sean reportados con anterioridad al Instituto, no serán objeto de cobertura por esta póliza.

CLÁUSULA XV. LIQUIDACIÓN DE PRIMAS

La liquidación de primas tomará como base las tarifas vigentes del Seguro para Viajero Frecuente, conforme al tiempo de vigencia de cada viaje, las sumas aseguradas en esta póliza y edad de cada uno de los Asegurados.

El Instituto llevará un registro por Asegurado de cada uno de los viajes realizados, con base en el cual liquidará la prima provisional anual.

Una vez efectuada la liquidación se procederá con el cobro del ajuste correspondiente o la devolución de primas, según sea el caso.

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

No se podrá renovar el siguiente período hasta tanto la póliza sea liquidada.

En caso de que el período acumulado de viajes durante el año póliza sea menor a las cuatro semanas la prima provisional pagada se dará por totalmente devengada.

CLÁUSULA XVI. EDADES DE CONTRATACIÓN

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

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

Si el Instituto comprueba que hubo inexactitud en la edad del Asegurado y la misma rebasa el límite del rango de edad establecido, la presente póliza será nula y no se reintegrará ninguna prima sobre la póliza.

CLÁUSULA XVII. RIESGOS EXCLUIDOS

El Instituto no ampara bajo esta póliza reclamos provenientes de los siguientes riesgos:

- a. Actos de guerra declarada o no; invasión de enemigo extranjero; guerra interna o acontecimientos que pudieran originar estas situaciones de hecho o de derecho, terrorismo; participación activa en motines, huelgas, tumultos populares.**
- b. Fusión o fisión nuclear.**
- c. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias, tales como terremoto, maremoto, inundaciones, deslizamientos, temblor, ciclón y otros similares.**
- d. Consumación o tentativa de suicidio.**
- e. Los que ocurran como piloto o pasajero de algún automóvil u otro vehículo en competencia.**
- f. Accidentes en donde el Asegurado actuando como conductor del vehículo, motocicleta o cuadraciclo no posea la licencia habilitante respectiva.**
- g. Los que ocurran como piloto mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.**
- h. Gastos por control, tratamiento y medicamentos en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. La póliza no cubrirá la necesidad de un tratamiento o medicamento de aquellas enfermedades que con anterioridad a la adquisición de la póliza fueron diagnosticadas por un médico, aparentes a la vista o de las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.**

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

- i. Intervenciones de cirugía cosmética o de belleza, excepto las que resulten de una lesión traumática cubierta por esta póliza y ocurrida durante la vigencia de la misma.**
- j. Tratamientos de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación de estado de salud.**
- k. Parto y complicaciones del embarazo, excepto si tales complicaciones tienen origen en un accidente o enfermedad aguda que cubra esta póliza.**
- l. Mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.**
- m. Accidentes que ocurran mientras se practique(n) deporte(s) en forma profesional.**

Si la persona que reclama el importe del seguro como Beneficiario o heredero legítimo, fuere autora o cómplice del hecho que genere el reclamo, declarada por sentencia judicial en firme, perderá todo derecho a la indemnización.

CLÁUSULA XVIII. BENEFICIARIOS

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

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá al beneficiario o los beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado el monto pagadero bajo esa póliza se entregará en una sola suma a los derechohabientes del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

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 seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

CLÁUSULA XIX. REQUISITOS PARA TRÁMITE DE RECLAMOS

Cuando se produzca un evento que pudiese dar lugar a una indemnización bajo esta póliza, se deberá presentar al Instituto dentro del término de treinta (30) días naturales siguientes a dicho

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

evento, los requisitos que a continuación se detallan. 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 aportar los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

1. Cobertura de Fallecimiento por Accidente.

- a. Carta del Beneficiario solicitando la indemnización.
- b. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción, con el tomo, folio y asiento correspondiente.
- c. Fotocopia de ambos lados del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d. Sumaria extendida por el Organismo de Investigación Judicial (O.I.J.), (en caso de muerte accidental), que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre.
- e. Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado.
- f. El Beneficiario debe firmar la boleta de autorización para revisión o reproducción física de los expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Medicatura Forense, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros Centros o Clínicas donde el Asegurado ha sido atendido.
- g. En caso de recibir servicios médicos privados, debe aportar Certificados Médicos emitidos por profesionales incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos, donde se anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.
- h. Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar:
 - i. Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció
 - ii. Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir).

Dichos documentos deben entregarse con el debido proceso de certificación consular, es decir; certificado por el Cónsul de Costa Rica en el país que se expide el documento y éste, certificado por la Cancillería de Costa Rica.

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

- a. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identificación (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- c. Diagnóstico médico en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental por el accidente, el Asegurado perdiera el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.
- d. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.

3. Cobertura de Repatriación de Restos Mortales.

- a. Documento de identificación del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- b. Facturas originales debidamente consularizadas.
- c. Certificado Oficial de Defunción debidamente consularizado, donde se especifique la causa de la defunción.

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

- a. El formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado por el Asegurado o su representante legal según corresponda y el médico que lo atendió, indicando el diagnóstico y la evolución en tiempo días. Para los casos en que el médico no pudo cumplimentar dicho formulario se debe presentar un dictamen médico (con el nombre del Asegurado, edad del paciente, diagnóstico y evolución en tiempo días) y si ha sido internado en un centro hospitalario debe presentar la historia clínica. Dichos documentos deberán presentarse debidamente consularizados.
- b. Las facturas originales timbradas y canceladas consularizadas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, deberán ser aportados al momento de presentar la reclamación.
- c. Recetas de medicamentos, prescripciones de exámenes de laboratorio, radiológicos o de otro examen para diagnóstico.
- d. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.
- e. Documento de identificación del Asegurado (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento)

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

CLÁUSULA XX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

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

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

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.

CLÁUSULA XXI. RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro podrá renovarse a solicitud expresa del Asegurado y o Tomador. En caso de que tal renovación sea aceptada por el Instituto, ésta será efectiva a partir del momento en que el Instituto reciba el pago de la prima correspondiente.

CLÁUSULA XXII. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA XXIII. OTROS SEGUROS

Si una o varias pólizas de este mismo plan de seguro fueran adquiridas por el Asegurado y que excedan en conjunto la suma de \$200.000,00 (doscientos mil dólares), el seguro excedente será nulo y todas las primas pagadas por concepto del mismo devueltas al Asegurado.

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

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

El Asegurado o el Beneficiario deberá declarar al momento del siniestro sobre la existencia de otras pólizas que amparen el mismo riesgo, así como también detalle de dichas pólizas que contengan al menos la siguiente información: Compañía Aseguradora, Número de Contrato, Línea de Seguro, Vigencia y Monto Asegurado.

CLÁUSULA XXIV. OMISION Y/O INEXACTITUD

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

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

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

CLÁUSULA XXV. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. Solicitud expresa del Asegurado y o Tomador.
2. Vencido el Período de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
3. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.

CLÁUSULA XXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES

CLÁUSULA XXVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley N° 7727, sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

CLÁUSULA XXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

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

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

CLÁUSULA XXIX. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán efectuadas por el Instituto directamente al Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarlas por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado los cambios 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 XXX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

CLÁUSULA XXXI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-33-A01-047- VLRCs** de fecha **16 de noviembre 2011**.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS **Seguros Personales**
SOLICITUD PARA UN SEGURO VIAJERO FRECUENTE EN DÓLARES
 Seguro Individual Seguro Familiar

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|------------------|-------------|
| Fecha Emisión: | | Vigencia Desde: Día / Mes / Año Hasta: Día / Mes / Año | | | | Póliza N°: | |
| Datos del Tomador del Seguro | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | | |
| | Tipo de identificación: | | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | Estado Civil | | |
| | Identificación: | | Ocupación o actividad económica: | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | | Escolaridad |
| | Provincia: | | Cantón: | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario | | |
| | Dirección exacta: | | | | | | |
| | Apartado: | | Teléfono Domicilio: | | Teléfono Celular: | | |
| | Dirección Electrónica: | | | | N° de Fax: | | |
| | Edad del Asegurado: | | | Período Máximo Anual Acumulado del Viaje: | | | |
| | Datos del Asegurado Directo | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| Tipo de identificación: | | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | Estado Civil | | | |
| Identificación: | | Ocupación o actividad económica: | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | | Escolaridad | |
| Provincia: | | Cantón: | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario | | | |
| Dirección exacta: | | | | | | | |
| Apartado: | | Teléfono Domicilio: | | Teléfono Celular: | | | |
| Dirección Electrónica: | | | | N° de Fax: | | | |
| Edad del Asegurado: | | | Período Máximo Anual Acumulado del Viaje: | | | | |
| 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 | | |
| Beneficiarios del Asegurado Directo | 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 y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. | | | | | | |
| | La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra como beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría la obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. | | | | | | |
| | Expresar claramente los nombres y apellidos, parentesco o interés con el Asegurado | | | | | | |
| | Nombre: | | Identificación: | Parentesco: | Sexo: | Porcentaje: % | Teléfono: |
| Fecha de Nacimiento: | | Dirección: | | Otras señas: | | | |
| Provincia: | | Cantón: | | | | | |
| Nombre: | | Identificación: | Parentesco: | Sexo: | Porcentaje: % | Teléfono: | Ocupación: |
| Fecha de Nacimiento: | | Dirección: | | Otras señas: | | | |
| Provincia: | | Cantón: | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Datos del Asegurado Dependiente 1 | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| | Tipo de identificación: | | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | Estado Civil | |
| | Identificación: | | Ocupación o actividad económica: | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | |
| | Provincia: | | Cantón: | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| | Dirección exacta: | | Distrito: | | Escolaridad | |
| | Apartado: | | Teléfono Domicilio: | | Teléfono Celular: | |
| Dirección Electrónica: | | Nº de Fax: | | <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario | | |
| Edad del Asegurado: | | Período Máximo Anual Acumulado del Viaje: | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Datos del Asegurado Dependiente 2 | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| | Tipo de identificación: | | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | Estado Civil | |
| | Identificación: | | Ocupación o actividad económica: | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | |
| | Provincia: | | Cantón: | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| | Dirección exacta: | | Distrito: | | Escolaridad | |
| | Apartado: | | Teléfono Domicilio: | | Teléfono Celular: | |
| Dirección Electrónica: | | Nº de Fax: | | <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario | | |
| Edad del Asegurado: | | Período Máximo Anual Acumulado del Viaje: | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|---|--|--|
| Datos del Asegurado Dependiente 3 | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| | Tipo de identificación: | | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | Estado Civil | |
| | Identificación: | | Ocupación o actividad económica: | | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | |
| | Provincia: | | Cantón: | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| | Dirección exacta: | | Distrito: | | Escolaridad | |
| | Apartado: | | Teléfono Domicilio: | | Teléfono Celular: | |
| Dirección Electrónica: | | Nº de Fax: | | <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario | | |
| Edad del Asegurado: | | Período Máximo Anual Acumulado del Viaje: | | | | |

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

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

MONTOS DEL SEGURO (Marque la opción elegida)

| COBERTURAS | <input type="checkbox"/> OPCIÓN 1 | <input type="checkbox"/> OPCIÓN 2 | <input type="checkbox"/> OPCIÓN 3 | <input type="checkbox"/> OPCIÓN 4 | <input type="checkbox"/> OPCIÓN 5 | <input type="checkbox"/> OPCIÓN 6 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| MUERTE ACCIDENTAL | US \$ 25,000 | US \$50,000 | US \$75,000 | US \$100,000 | US \$150,000 | US \$200,000 |
| INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE | US \$ 25,000 | US \$50,000 | US \$75,000 | US \$100,000 | US \$150,000 | US \$200,000 |
| REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES | US \$ 2,500 | US \$5,000 | US \$7,500 | US \$10,000 | US \$15,000 | US \$20,000 |
| GASTOS MÉDICOS | US \$ 2,500 | US \$5,000 | US \$7,500 | US \$10,000 | US \$15,000 | US \$20,000 |

Datos del Seguro

MONTO DE LA PRIMA: US\$

(_____ /100 Dólares)

Tipo de Cambio: _____ Equivalente a: _____

Nota: Cuando el pago de la prima se realiza mediante cheque bancario- caso en el cual se hará constar sus datos, la validez de esta póliza queda condicionada a que este título - valor lo haga inmediatamente efectivo el girado.

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Correo electrónico: _____ Fax: _____

Apartado o Dirección: _____

Recuerde mantener actualizados sus datos.

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

Firma del Asegurado: _____

OBSERVACIONES:

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

Firma y número de identificación del Asegurado

Nombre y firma del Intermediario o Representante autorizado del INS

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Guillermo Vargas Roldán
Gerente General
Cédula Jurídica 400000-1902-22

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A01-047 de fecha 10 de diciembre del 2009.

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