

Instituto Nacional de Seguros

Seguro para Viajeros

Dólares

**Código de producto: P16-33-A01-041
(VLRCS)**

Fecha de registro VLRCS: 12-ene-12

Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-05545-2011



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA II. 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.
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 Persona que ha sucedido o se ha subrogado por derechos o bienes de otra u otras.
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:** Es el cobro u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al monto o tarifa que usualmente cobra la



SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

mayoría de los proveedores del mercado donde se efectuaron los gastos, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.

- 8. DEDUCIBLE:** Suma fija rebajable de la indemnización que representa la participación económica del Asegurado en la pérdida para la cobertura de gastos médicos.
- 9. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 10. ENFERMEDAD AGUDA:** Es aquella caracterizada por aparición súbita, de curso breve (no más de una semana) durante la vigencia de la póliza.
- 11. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad, lesión, congénita o no, discapacidad física, así como sus secuelas, padecidas antes de la fecha de inicio de la póliza.
- 12. 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 persona conviviente, según la definición del Código de Familia vigente) del Asegurado.
 - b. Los hijos del Asegurado y su cónyuge o conviviente. Asimismo podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.
- 15. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta póliza. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica desde un punto cinco por ciento (0.5%) hasta menos del sesenta y siete por ciento (67%).



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

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

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

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

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

17. SEMANA: Período de siete días consecutivos.

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

19. PRIMA: Precio pactado por el seguro contratado.

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

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

CLÁUSULA III. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

Esta es una póliza autoexpedible para viajeros. La vigencia es por el número de semanas que indique el Asegurado y que se reflejan en la Oferta de Seguro. El asegurado quedará amparado a partir de las cero (0) horas de la fecha que se indique en la Oferta de Seguro.

El plazo máximo de cobertura de esta póliza es de veintiséis (26) semanas continuas por viaje.

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

CLÁUSULA IV. 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 V. ÁMBITO DE COBERTURA

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

CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA

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

CLÁUSULA VII. COBERTURAS

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

- 1. MUERTE ACCIDENTAL:** El Instituto pagará la suma asegurada cuando el Asegurado fallezca por causas accidentales.

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

- 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%
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%
ii) Incapacidad Parcial	Porcentaje
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

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

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

- 4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA:** El Instituto indemnizará hasta un diez por ciento (10%) de la suma contratada en la cobertura de Muerte Accidental, de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrida durante el período de vigencia de esta póliza, por los conceptos descritos a continuación:

- a.** Consultas médicas originadas por tratamientos cubiertos, según las condiciones generales de esta póliza e intervenciones quirúrgicas.
- b.** Honorarios médicos (cirujano, asistente y anestesistas) por intervenciones quirúrgicas, originadas en tratamientos cubiertos por esta póliza.
- c.** Estancias, derecho de sala de operaciones, manutención y tratamientos del enfermo en el hospital o clínica.
- d.** Costos de análisis de laboratorio, de estudios de rayos X, de 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 encuentre hospitalizado.

CLÁUSULA VIII. 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 IX. PRIMA DE LA PÓLIZA



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

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

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

CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS

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

En caso de que el Asegurado por alguna circunstancia no vaya a utilizar la póliza, podrá solicitar la devolución de la prima al Instituto con anterioridad a la fecha de inicio de la misma. El monto a reintegrar corresponderá a la prima pagada menos un dieciséis por ciento (16%) de la misma por concepto de gastos administrativos. Una vez que la póliza ha entrado en vigor, la prima se considerará completamente devengada y por tanto no es reembolsable.

CLÁUSULA XI. EDADES DE CONTRATACIÓN

Esta póliza no tiene edad mínima de suscripción y la edad máxima de contratación es de setenta (70) años cumplidos.

No obstante, las personas que se encuentren entre los setenta y un (71) y ochenta (80) años de edad alcanzada, podrán adquirir esta póliza para lo cual se aplicarán las primas correspondientes a los setenta (70) años establecidas en el Anexo # I de estas condiciones, más un setenta y seis por ciento (76%) de dicha prima.

Cuando una persona mayor a ochenta (80) años de edad toma la póliza, ésta será considerada nula y las primas pagadas por concepto de la misma, serán devueltas a dicha persona deduciendo de la misma el porcentaje correspondiente a los gastos administrativos, es decir un dieciséis por ciento (16%).

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

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 XII. RIESGOS EXCLUIDOS

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

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

CLÁUSULA XIII. 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 girará a la sucesión de éste.

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 XIV. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

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

CLÁUSULA XV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

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



SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

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.

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

1. Cobertura de Fallecimiento por Accidente.

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

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

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

- b. Facturas originales canceladas protocolizadas (autenticadas por el representante de la embajada de Costa Rica en el país donde ocurrió el accidente y por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Costa Rica).
- c. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.

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

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

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

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

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

CLÁUSULA XVI. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN RECLAMACIONES

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

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

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

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

Por fax al: 2221-2294.

O bien puede escribir la consulta al correo contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XVII. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

CLÁUSULA XVIII. 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 XIX. 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 US\$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 XX. TIPO DE CAMBIO

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

CLÁUSULA XXI. LEGISLACION APLICABLE

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

CLÁUSULA XXII. 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 XXIII. COMPETENCIA JURISDICCIONAL

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.

CLÁUSULA XXIV. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Asegurado 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 Asegurado 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 Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

CLÁUSULA XXV. 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 XXVI. 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-A01-041** de fecha 04 de diciembre del 2009.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO PARA VIAJEROS EN DÓLARES

Seguro Individual ☐ Seguro Familiar ☐

OFERTA DE SEGURO

Fecha Emisión:		Vigencia Desde: Día / Mes / Año		Hasta: Día / Mes / Año		Póliza:		
Datos del Tomador del Seguro	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:			
	Nombre o razón social:							
	Tipo de identificación:		☐ Persona física ☐ Jurídica		☐ Cédula o residencia ☐ Gobierno		☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma ☐ Permiso Trabajo	
	Identificación:				Estado Civil		☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____	
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:			
	Dirección exacta:							
	Calle:		Avenida:		Otras señas:			
	Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:	
	Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:		Dirección Electrónica:			
Datos del Asegurado Directo	Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		Nº de Fax:			
	Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados: (Sólo para Empresas)			
	Edad del Asegurado:							
	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:			
	Nombre o razón social:							
	Tipo de identificación:		☐ Persona física ☐ Jurídica		☐ Cédula o residencia ☐ Gobierno		☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma ☐ Permiso Trabajo	
	Identificación:				Estado Civil		☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____	
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:			
	Dirección exacta:							
Calle:		Avenida:		Otras señas:				
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		
Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:		Dirección Electrónica:				
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		Nº de Fax:				
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados: (Sólo para Empresas)				
Edad del Asegurado:								
Forma de Aseguramiento	Yo _____ consiento mi aseguramiento en este contrato.							
	Firma _____							
	Y para los casos de menores de edad: Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____ (Indicar parentesco) de _____ (Indicar el Nombre del menor Asegurado)							
	consiento el aseguramiento en este contrato. Firma _____							
Beneficiarios del Asegurado Directo	INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO.							
	☐ Aseguramiento por cuenta propia ☐ Aseguramiento por cuenta de un tercero							
	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: ☐ F ☐ M	
	Porcentaje: %		Teléfono:		Ocupación:			
	Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Otras señas:			
	Provincia:		Cantón:					
	Nombre:		Identificación:		Parentesco:		Sexo: ☐ F ☐ M	
	Porcentaje: %		Teléfono:		Ocupación:			
Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Otras señas:				
Provincia:		Cantón:						

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social:																																							
Tipo de identificación:										Estado Civil:																													
☐ Persona física ☐ Jurídica										☐ Cédula o residencia ☐ Gobierno										☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma																			
Identificación:										Ocupación o actividad económica:										☐ Permiso Trabajo ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro:																			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año										Nacionalidad:										Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino																			
Provincia:										Cantón:										Distrito:																			
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										Teléfono Celular:									
Ingreso Mensual aproximado:										Sitio Web:										Dirección Electrónica:																			
Nombre del Patrono:										Teléfono del Patrono:										Nº de Fax:																			
Cuenta Cliente:										Banco Emisor:										Cantidad de Empleados: (Sólo para Empresas)																			
Edad del Asegurado:																																							
Yo _____, consiento mi aseguramiento en este contrato.																																							
Firma _____																																							
Y para los casos de menores de edad:																																							
Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____																																							
(_____) de _____																																							
(indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)																																							
consiento el aseguramiento en este contrato.																																							
Firma _____																																							

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social:																																							
Tipo de identificación:										Estado Civil:																													
☐ Persona física ☐ Jurídica										☐ Cédula o residencia ☐ Gobierno										☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma																			
Identificación:										Ocupación o actividad económica:										☐ Permiso Trabajo ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro:																			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año										Nacionalidad:										Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino																			
Provincia:										Cantón:										Distrito:																			
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										Teléfono Celular:									
Ingreso Mensual aproximado:										Sitio Web:										Dirección Electrónica:																			
Nombre del Patrono:										Teléfono del Patrono:										Nº de Fax:																			
Cuenta Cliente:										Banco Emisor:										Cantidad de Empleados: (Sólo para Empresas)																			
Edad del Asegurado:																																							
Yo _____, consiento mi aseguramiento en este contrato.																																							
Firma _____																																							
Y para los casos de menores de edad:																																							
Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____																																							
(_____) de _____																																							
(indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)																																							
consiento el aseguramiento en este contrato.																																							
Firma _____																																							

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social:																																							
Tipo de identificación:										Estado Civil:																													
☐ Persona física ☐ Jurídica										☐ Cédula o residencia ☐ Gobierno										☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma																			
Identificación:										Ocupación o actividad económica:										☐ Permiso Trabajo ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro:																			
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año										Nacionalidad:										Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino																			
Provincia:										Cantón:										Distrito:																			
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										Teléfono Celular:									
Ingreso Mensual aproximado:										Sitio Web:										Dirección Electrónica:																			
Nombre del Patrono:										Teléfono del Patrono:										Nº de Fax:																			
Cuenta Cliente:										Banco Emisor:										Cantidad de Empleados: (Sólo para Empresas)																			
Edad del Asegurado:																																							
Yo _____, consiento mi aseguramiento en este contrato.																																							
Firma _____																																							
Y para los casos de menores de edad:																																							
Por tratarse de un asegurado menor de edad, Yo _____																																							
(_____) de _____																																							
(indicar parentesco) (indicar el Nombre del menor Asegurado)																																							
consiento el aseguramiento en este contrato.																																							
Firma _____																																							

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

Beneficiarios de los Dependientes	Dependiente 1	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:		
		Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:						
	Dependiente 2		Provincia:	Cantón:						
		Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:		
	Dependiente 3		Provincia:	Cantón:						
		Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:						
	Dependiente 4		Provincia:	Cantón:						
		Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:		
	Dependiente 5		Provincia:	Cantón:						
		Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:						

Datos del Seguro	MONTO DEL SEGURO (Marque la opción elegida)						
	COBERTURAS	☐ OPCIÓN 1	☐ OPCIÓN 2	☐ OPCIÓN 3	☐ OPCIÓN 4	☐ OPCIÓN 5	☐ OPCIÓN 6
	MUERTE ACCIDENTAL	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000
	INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000
	REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES	\$2,500	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$15,000	\$20,000
	GASTOS MÉDICOS	\$2,500	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$15,000	\$20,000
	Para los asegurados con edades entre 71 y hasta 80 años se excluyen las coberturas de Incapacidad Total o Parcial Permanente Accidental y Gastos Médicos por Enfermedad Aguda, de acuerdo con lo definido en la Cláusula de Edades de Contratación de las condiciones generales.						
	Primas: Para determinar la prima, ver Anexo I de las Condiciones Generales.						
	MONTO DE LA PRIMA: \$ _____						
	(_____ 100 Dólares)						

Tipo de Cambio: _____ Equivalente: ¢ _____

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.

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

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

Firma del Asegurado: _____

OBSERVACIONES:

Para cualquier consulta sobre su seguro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS. www.ins-cr.com. 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 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 P16-33-A01-041 de fecha 4 de diciembre del 2009.

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