

Instituto Nacional de Seguros

Seguro Básica de Accidentes Monto Nivelado Dólares

**Código de producto: P16-33-A01-060
(Versión 3)**

Fecha de registro V3: 17-dic-13

Oficio de solicitud de registro V3: G-05460-2013



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

| | |
|---|----|
| CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO | 4 |
| CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA | 4 |
| CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO | 4 |
| CLÁUSULA IV. DEFINICIONES | 5 |
| CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA | 8 |
| CLÁUSULA VI. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN | 8 |
| CLÁUSULA VII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL..... | 8 |
| CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA | 9 |
| CLÁUSULA IX. COBERTURAS | 9 |
| CLÁUSULA X. EDADES DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA | 11 |
| CLÁUSULA XI. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | 12 |
| CLÁUSULA XII. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE. | 15 |
| CLÁUSULA XIII. ALCANCE TERRITORIAL | 18 |
| CLÁUSULA XIV. AGRAVACIÓN DEL RIESGO..... | 18 |
| CLÁUSULA XV. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE | 19 |
| CLÁUSULA XVI. PRIMA DE LA PÓLIZA | 20 |
| CLÁUSULA XVII. PAGO DE PRIMAS Y LIQUIDACIONES | 20 |
| CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA..... | 22 |
| CLÁUSULA XIX. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA | 22 |
| CLÁUSULA XX. EXCLUSIONES | 23 |
| CLÁUSULA XXI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO | 24 |
| CLÁUSULA XXII. RIESGOS NO AMPARADOS POR LA PÓLIZA, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS..... | 24 |
| CLÁUSULA XXIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO | 24 |
| CLÁUSULA XXIV. PAGO DE INDEMNIZACIONES..... | 27 |
| CLÁUSULA XXV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES | 27 |
| CLÁUSULA XXVI. COOPERACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO | 28 |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

| | |
|---|----|
| CLÁUSULA XXVII. REPORTES Y OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO..... | 28 |
| CLÁUSULA XXVIII. CERTIFICADOS DEL SEGURO | 29 |
| CLÁUSULA XXIX. BENEFICIARIOS | 29 |
| CLÁUSULA XXX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA | 30 |
| CLÁUSULA XXXI. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA | 30 |
| CLÁUSULA XXXII. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO | 32 |
| CLÁUSULA XXXIII. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD | 32 |
| CLÁUSULA XXXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL | 33 |
| CLÁUSULA XXXV. COMUNICACIONES..... | 33 |
| CLÁUSULA XXXVI. PRESCRIPCIÓN | 33 |
| CLÁUSULA XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE | 33 |
| CLÁUSULA XXXVIII. SUBROGACIÓN | 34 |
| CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS..... | 34 |
| CLÁUSULA XL. OTROS SEGUROS | 34 |
| CLÁUSULA XLI. TIPO DE CAMBIO..... | 35 |
| CLÁUSULA XLII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES | 35 |
| CLÁUSULA XLIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN..... | 35 |
| CLÁUSULA XLIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS | 35 |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

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 Tomador del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas para el Asegurado, cuando se requieran, los cuales integran la presente póliza.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el **Tomador del seguro** deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando, dentro de un aniversario de la misma, notifiquen por escrito al **Instituto** su deseo de no continuar con el seguro con al menos un mes de anticipación al vencimiento del plazo.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas en las Oficinas Centrales del Instituto, en sus Sedes o a través del intermediario de seguros.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Guillermo Vargas Roldán
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO

Constituyen esta póliza Básica de Accidentes Monto Nivelado Colones y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la propuesta de seguro aceptada por el Tomador del seguro, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como los adenda.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

El Instituto no se responsabiliza por promesas y declaraciones que hagan otras personas distintas a las autorizadas por el Instituto, que corresponden a la Gerencia y a quién ésta la delegue.

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Tomador del seguro 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 del seguro de solicitar la rectificación de la póliza.

En caso de que el Tomador del seguro no desee continuar con la póliza el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado y/o Tomador 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 dañoso objeto de cobertura.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

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:** Toda persona protegida por esta póliza que:
 - a. Sea una persona física,
 - b. Haya sido reportada por el Tomador del seguro y aceptada por el Instituto.
3. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Se consideran dependientes del Asegurado y asegurables las siguientes personas:
 - a. El cónyuge conviviente del Asegurado.
 - b. Los hijos del Asegurado Directo siempre que sean solteros, que a la fecha del accidente dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes a tiempo completo. Adicionalmente deben cumplir con lo estipulado en la cláusula Edades de Contratación y de Cobertura.
4. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Tomador del Seguro y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
5. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el asegurador.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

6. **COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado, en adición al deducible en los casos en los que aplique.
7. **CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
8. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al cargo o tarifa que en promedio cobran 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.
9. **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes. Representa la participación económica en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que se afecten en un reclamo.
10. **DEPORTE:** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
11. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
12. **FALANGE:** Los pequeños huesos largos de los dedos de la mano o del pie, en particular, la primera o la que sigue al metacarpiano o metatarsiano.
13. **FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza violenta y destructiva, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
14. **GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos erogados por el Asegurado 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.
15. **GRUPO ASEGURABLE:** Es el grupo sobre el que se hace una oferta de seguro colectivo, conformado por personas físicas vinculadas en una relación jurídica con el Tomador de seguro.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

16. **GRUPO ASEGURADO:** Conjunto de personas aseguradas unidas por un determinado vínculo, previa e independientemente a la contratación de esta póliza.
17. **INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:** Se entiende aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de un accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo.
18. **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la que cumpla con las siguientes condiciones:
- a. Se produzca como consecuencia de un accidente ocurrido después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
 - b. Que el Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiendo 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.
19. **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 o funcional desde un punto cinco por ciento (0.5%) hasta menos del sesenta y siete por ciento (67%).
20. **PÉRDIDA TOTAL:** Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
21. **PERÍODO DE GRACIA:** Es una extensión del período de pago de la prima posterior a la fecha de vencimiento anotada durante el cual puede ser pagada sin el cobro de intereses y recargos y en el cual se mantienen los derechos del asegurado.
22. **PRIMA:** Suma que debe pagar el Tomador y/o Asegurado al Asegurador como contraprestación al amparo que éste otorga mediante el Contrato de Seguro.
23. **SALARIO:** Retribución que el patrono paga al trabajador en virtud del contrato de trabajo. Para efectos de este seguro se entiende como el salario bruto.
24. **SINIESTRO:** Acontecimiento inesperado y ajeno a la voluntad del Asegurado del que derivan daños indemnizables por la póliza.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

25. **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona 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 la persona asegurada.

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada respecto a cada Asegurado será la que se indique en las Condiciones Particulares, previa aceptación del Instituto, sobre la cual se ha efectuado el pago de la prima.

El Tomador del seguro escoge la suma asegurada y ésta permanece invariable durante toda la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA VI. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

1. Contributiva

Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.

2. No Contributiva

El Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

La modalidad contratada se definirá en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA VII. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

Para indemnizar con cargo a las coberturas de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente e Incapacidad Temporal por Accidente, el Asegurado deberá estar laborando activamente al momento del siniestro.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA VIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Este seguro ofrece dos formas diferentes de aseguramiento a elección del Tomador del seguro:

1. Anual Renovable: vigencia por un año, prorrogable por períodos iguales si el Tomador del seguro no manifestare su opinión en contrario y pague la prima de renovación correspondiente.
2. Corto Plazo: vigencia menor a un año.

Esta póliza entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre que el Tomador del seguro haya pagado la primera prima y el Instituto haya aceptado el riesgo.

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

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se debe informar al Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

CLÁUSULA IX. COBERTURAS

Esta póliza ampara los accidentes que sufra el Asegurado durante las veinticuatro (24) horas del día.

1. Coberturas Básicas

- a. **Muerte Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada, menos los montos pagados previamente por concepto de incapacidad total permanente o incapacidad parcial permanente cuando el Asegurado fallezca por causas accidentales.
- b. **Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente:** El Instituto pagará, en un solo tracto, la suma correspondiente al porcentaje de incapacidad



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

permanente basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada en la Cláusula de Tabla de indemnizaciones por incapacidad total o parcial permanente por accidente de esta póliza. El monto asegurado por esta cobertura podrá ser una suma igual o hasta el doble de la suma asegurada en la cobertura de Muerte Accidental.

2. Coberturas Adicionales

Las coberturas adicionales podrán ser contratadas a elección del Tomador del seguro y deben indicarse en las Condiciones Particulares:

- a. **Incapacidad Temporal por Accidente:** El Instituto indemnizará por la Incapacidad Temporal por Accidente que sufra el Asegurado, por una suma equivalente al ochenta por ciento (80%) del salario o ingreso reportado al momento de la emisión, que deberá demostrar mediante la presentación de una constancia salarial o certificado de ingresos. El salario diario es igual al salario mensual dividido entre treinta (30) días.

La indemnización por incapacidad temporal se calculará con base en el salario reportado al momento de la emisión. Si éste es mayor que el salario consignado en la constancia de salario presentada al momento de la indemnización, será éste último el que se tomará como base para la indemnización. En este caso se realizará la devolución de la diferencia de primas que corresponda en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento del pago de la indemnización.

Si la persona es asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o Riesgos del Trabajo el límite máximo de esta cobertura será el veinte por ciento (20%) del salario diario.

Esta cobertura operará como complemento de los demás subsidios por Incapacidad Temporal que reciba el Asegurado, de manera que el monto total a percibir por el Asegurado, tomando en cuenta todos los posibles subsidios, en ninguna forma puede superar el cien por ciento (100%) del ingreso económico diario por el Asegurado.

La suma a pagar por esta cobertura se reconocerá hasta por un período máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

Esta cobertura no puede ser adquirida por los asegurados dependientes.

- b. **Gastos Médicos por Accidente:** La suma máxima a asegurar en esta cobertura será el equivalente a un diez por ciento (10%) del monto asegurado de la cobertura de Muerte Accidental a la fecha de emisión y se indicará en las Condiciones Particulares de esta póliza.

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto suscrito en la Solicitud, el Instituto cubrirá los gastos médicos al costo razonable y acostumbrado del mercado, incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de este seguro, de conformidad con la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos por accidente.

El Asegurado o el beneficiario podrán hacer uso de las coberturas antes enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año, contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo siempre que el accidente haya ocurrido dentro de la vigencia del contrato.

El Instituto pagará los gastos médicos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, por un período máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha del primer gasto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.

CLÁUSULA X. EDADES DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

1. Edades de contratación

| Asegurado | Rango de Edad |
|---|---------------|
| Para el Asegurado | 15-60 años |
| Para el cónyuge o conviviente del Asegurado | 15-60 años |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

| Para los hijos del Asegurado: | |
|--|-------------------|
| Muerte accidental | 12-21 años |
| Incapacidad total y/o parcial permanente por accidente | 12-21 años |
| Gastos médicos por accidente | 14 días a 21 años |

2. Edades de cobertura

Esta póliza ampara al Asegurado y a su cónyuge o conviviente hasta la edad de 60 años; no obstante, suscrito el seguro dentro de las edades de contratación, el Asegurado podrá extender la cobertura de la póliza hasta la edad de 70 años pagando una extra prima según el siguiente cuadro de recargos:

| Rango de edades | Muerte Accidental | Incapacidad | Gastos Médicos |
|-----------------|-------------------|-------------|----------------|
| 61 a 65 años | 10% | 65% | 28% |
| 66 a 70 años | 35% | 233% | 62% |

Los mismos porcentajes de recargo se aplicarán a los Asegurados de nuevo ingreso, mayores de sesenta (60) años.

La edad máxima de protección para los hijos dependientes es de veinticinco (25) años.

En caso de pólizas colectivas de corto plazo y prima provisional de depósito, la edad de contratación será a partir de los siete (7) años; no obstante no se ofrece la cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente a los asegurados entre siete (7) y catorce (14) años.

CLÁUSULA XI. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

Toda indemnización con cargo a estas coberturas se regirá por la siguiente tabla, de acuerdo con el porcentaje de incapacidad permanente que se le haya determinado médicamente al Asegurado.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

| PÉRDIDA | PORCENTAJE | |
|--|-----------------------|-------------------------|
| 1. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | | |
| Estado absoluto e incurable de deficiencia mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida | 100% | |
| Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente | 100% | |
| 2. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | | |
| a. Cabeza: | | |
| Sordera total o incurable de los dos oídos | 50% | |
| Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión normal de ambos ojos | 40% | |
| Sordera total e incurable de un oído | 15% | |
| Extirpación de la mandíbula inferior | 50% | |
| b. Miembros Superiores | | |
| | Derecho Porcentaje | Izquierdo Porcentaje |
| Pérdida total del miembro superior derecho o izquierdo | 65% | 52% |
| Pérdida total de una mano | 60% | 48% |
| Fractura o lesiones múltiples de la mano (rigidez total) | 45% | 36% |
| Rigidez del hombro en posición no utilizable | 30% | 24% |
| Rigidez del codo en posición no utilizable | 25% | 20% |
| Rigidez del codo en posición utilizable | 20% | 16% |
| Rigidez de la muñeca en posición no utilizable | 20% | 16% |
| Rigidez de la muñeca en posición utilizable | 15% | 12% |
| Pérdida total del pulgar | 18% | 14% |
| Pérdida total del índice | 14% | 11% |
| Pérdida total del dedo medio | 9% | 7% |
| Pérdida total del anular o el meñique | 8% | 6% |
| c. Miembros inferiores | | |
| | Porcentaje | |
| Pérdida total del miembro inferior derecho o izquierdo | 55% | |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

| c. Miembros inferiores | Porcentaje |
|--|-------------------|
| Pérdida total de un pie | 40% |
| Cicatrización anormal de la fractura de un fémur | 35% |
| Cicatrización anormal de la fractura de una rótula | 30% |
| Fracturas o lesiones múltiples de un pie (rigidez total) | 20% |
| Rigidez de la cadera en posición no utilizable | 40% |
| Rigidez de la cadera en posición utilizable | 20% |
| Rigidez de la rodilla en posición no utilizable | 30% |
| Rigidez de la rodilla en posición utilizable | 15% |
| Rigidez del tobillo (garganta de pie) en posición no utilizable | 15% |
| Rigidez del tobillo en posición utilizable | 8% |
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco centímetros | 15% |
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de tres centímetros | 8% |
| Pérdida total de dedo gordo del pie | 8% |
| Pérdida total de otros dedo del pie | 4% |

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se hubiera producido por amputación total o rigidez y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero si se tratara de pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratara de otros dedos.

3. 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 pueda exceder del cien por ciento (100%) de la capacidad total orgánica o funcional.

4. Lesiones no previstas

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad orgánica o funcional total.

5. Zurdos

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XII. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Los gastos médicos por accidente se indemnizarán de la siguiente manera:

1. Accidentes que no sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza, cuenta con libre elección médica. El Instituto pagará los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios para diagnosticar y tratar las lesiones sufridas en un accidente. Estos honorarios se pagarán con base en los costos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado.

Deducible

Para la cobertura de gastos médicos por accidentes que no sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas, se aplicará al total de gastos presentados un deducible del diez por ciento (10%) con un mínimo de USD\$20 (Veinte dólares estadounidenses), por cada persona y por cada accidente.

2. Accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas:

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza en la práctica de actividades deportivas ya sea de manera recreativa o en competencia, cuenta con libre elección médica o bien, puede utilizar los servicios de las instalaciones de INS Salud o de los Centros Médicos Regionales del Instituto.

El Instituto reembolsará las prestaciones de este seguro, de acuerdo con los términos que a continuación se detallan:

A. Utilización de servicios por libre elección médica

El Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir atención en el hospital o clínica de su preferencia.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

Los gastos en que éste incurra serán indemnizados por el Instituto de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, sujeto a las siguientes condiciones:

- a. Deducible y coaseguro
 - i. Primero se aplica un deducible del diez por ciento (10%) al total de los gastos con un mínimo de USD\$20 (Veinte dólares estadounidenses).
 - ii. Posteriormente se aplica, un coaseguro del veinte por ciento (20%) en los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.
- b. Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente, se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.
- c. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
 - i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio, hospital o clínica más cercano o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura, se autoriza una segunda atención. En este caso se aplicará solamente el diez por ciento (10%) de deducible.
 - ii. No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente. Si la segunda consulta no es por fractura, se aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
 - iii. El número de sesiones de rehabilitación se limita a diez (10) por accidente, máximo veinte (20) por año póliza, indistintamente del número de eventos presentados por el Asegurado. Cuando en un mismo evento se requieran más de diez (10) sesiones, deberá solicitarse de previo autorización al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de veinte (20) sesiones indicado. A todas las terapias se le aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

- iv. Para el pago de los inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos se aplicará, al costo razonable y acostumbrado, un deducible del diez por ciento (10%) y un coaseguro del cuarenta por ciento (40%).
- v. Se consideran dentro de las especialidades de medicina del deporte y ortopedia los problemas relacionados con músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, bursas, meniscos y cartílagos.

B. Utilización de servicios en INS Salud o Centros Médicos Regionales del Instituto

El Asegurado puede optar por recibir atención médica en INS Salud o cualquiera de los Centros Médicos Regionales del Instituto, para lo cual se procederá de la siguiente manera:

- a. Para la atención del Asegurado, éste debe presentar una orden de atención médica extendida por alguna Sede del Instituto, sujeto a las siguientes condiciones:
 - i. No se limita la cantidad de consultas.
 - ii. No se aplicará deducible ni coaseguro.
- b. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionadas con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
 - i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio o clínica más cercana o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura se autoriza una segunda atención.
 - ii. El tratamiento subsecuente podrá realizarse en INS-Salud, en los Centros Médicos Regionales del Instituto o mediante libre elección médica del Asegurado.
 - iii. Los beneficios se aplicarán de la siguiente manera, siempre y cuando el monto asegurado lo permita:



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

- 1) No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.
- 2) INS-Salud, previa valoración y prescripción médica, suministrará los inmovilizadores y estabilizadores, tales como: rodilleras, tobilleras, muñequeras, coderas, fajas lumbares, musleras, soportes de cadera u otros implementos ortopédicos.
- 3) Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, hacia INS Salud. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:
 - a) Por transporte automotor, los cuales serán reconocidos de acuerdo con las tarifas autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transporte (M.O.P.T).
 - b) Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos para el régimen de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores.

Si el paciente es menor de edad, se cubrirán además los gastos de un acompañante. **No se reconocerán viáticos si el traslado es dentro del Gran Área Metropolitana.**

Dichos rubros serán deducidos de la cobertura de Gastos Médicos, sin la aplicación del deducible y coaseguro.

CLÁUSULA XIII. ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura de esta póliza se extiende a todos los países del mundo.

CLÁUSULA XIV. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Habiendo sido establecida la prima de acuerdo con las características de riesgo declaradas por el Tomador del seguro, éste deberá comunicar al Instituto los cambios o las agravaciones, aún cuando fueran temporales, que pudieren afectar la base de contratación, dentro de los diez (10) días hábiles de antelación a la fecha en que se inicie



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

la agravación del riesgo, si éstos dependen de la voluntad del Asegurado. Si los cambios o agravaciones no dependen de la voluntad del Asegurado, éste deberá notificarlos al Instituto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al momento en que tuvo o debió tener conocimiento de éstos.

El Instituto contará con un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse sobre las condiciones para la continuación de la póliza y podrá rescindir el contrato, proponer la modificación o aceptar la variación sin mayor requerimiento. En caso de rescisión devolverá la prima pagada no devengada una vez deducidos los gastos administrativos en un plazo de diez (10) días hábiles.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra más peligrosa que la declarada en esta póliza y posteriormente al cambio de ocupación sufriera lesiones mientras esté ejecutando algún acto propio de la nueva ocupación, la indemnización será la que corresponda a las coberturas que hubiera podido comprar con la prima pagada y para la clasificación del nuevo riesgo.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra calificada como no asegurable la póliza quedará rescindida de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación y se devolverán las primas pagadas no devengadas a partir del cambio mencionado, en un plazo de diez (10) días hábiles.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra de menor riesgo que la declarada en esta póliza, el Instituto reducirá la prima estipulada, según la tarifa correspondiente y devolverá en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento en que se notifique esta circunstancia o se tenga conocimiento de ella, el exceso de prima pagada y no devengada.

CLÁUSULA XV. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente del evento, por una alteración del estado de salud sin relación con la edad del Asegurado o de un defecto físico, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVI. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima que se establece para esta póliza se detalla en las Condiciones Particulares y se determinará con base en las ocupaciones de los asegurados y el riesgo que representan.

El Instituto puede otorgar los siguientes descuentos a la prima:

1. Por Grupo familiar, se otorga un diez por ciento (10%) sobre la prima del grupo familiar.
2. Por tratarse de un seguro colectivo se otorga un diez por ciento (10%) de descuento sobre la prima total del grupo.

La prima pagada de un período una vez transcurrido o vencido éste, se dará por totalmente devengada.

CLÁUSULA XVII. PAGO DE PRIMAS Y LIQUIDACIONES

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual. Dicho pago deberá efectuarse de acuerdo con la forma de pago elegida, a saber: mensual, trimestral, semestral y anual, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento, según se indica de seguido:

| Forma de Pago | Porcentaje de Recargo | Forma de Cálculo de la Prima |
|---------------|-----------------------|------------------------------|
| Mensual | 5% | Prima anual * 0.0875 |
| Trimestral | 4% | Prima anual * 0.2600 |
| Semestral | 3% | Prima anual * 0.5150 |

Para las pólizas que se emiten por períodos menores a un año (corto plazo) su prima se calcula como una proporción de la prima anual, de acuerdo con la cantidad de días de cobertura elegidos por el Tomador del seguro.

En el caso de los contratos colectivos se ofrece la opción de Prima Provisional de Depósito, en la cual el Instituto define una prima provisional que será liquidada al final del



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

período, tomando en cuenta el monto asegurado solicitado por el Tomador del Seguro y el número de personas estimado a asegurar. La prima provisional queda sujeta al ajuste correspondiente al concluir la vigencia de la póliza.

El Tomador del seguro debe presentar mensualmente por escrito al Instituto, los reportes de los asegurados debidamente firmados por él o su representante legal. Estos reportes deberán ser entregados dentro de los primeros veinte (20) días naturales del mes siguiente.

La prima definitiva del seguro será la resultante de multiplicar el monto asegurado real cubierto por la tarifa establecida y el número de personas efectivamente aseguradas de acuerdo a las Condiciones Particulares de esta póliza.

Al final del período se realiza el proceso de liquidación que consiste en una comparación de primas de acuerdo al número de personas estimadas a asegurarse con el dato real de personas aseguradas.

Si la prima definitiva fuera menor a la provisional, se devuelve el exceso en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles.

Si la prima definitiva fuera mayor a la provisional, el Asegurado deberá pagar la diferencia en un plazo máximo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que se comunique el saldo a pagar.

De no realizarse el pago se procederá al cobro administrativo o judicial.

Dicho pago podrá efectuarse en efectivo, mediante cheque, depósito bancario o transferencia bancaria. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción.

En caso de indemnización por muerte accidental del Asegurado, del monto a pagar se deducirá el pago correspondiente para completar la prima anual, independientemente de la forma de pago elegida.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima cuando la forma de pago elegida por el Tomador del seguro sea mensual, trimestral o semestral.

Si la forma de pago de prima elegida por el Tomador del seguro es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente, de la que deducirá el importe por la prima pendiente de pago para completar la prima anual.

Los pagos de primas se harán en cualquier Sede del Instituto. No se considerará como efectuado el pago de la prima a menos que conste en el recibo oficial expedido por el Instituto.

CLÁUSULA XIX. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA

Con al menos treinta (30) días naturales de anticipación al vencimiento de la vigencia anual, el Instituto informará al Tomador del seguro las modificaciones a las condiciones o tarifas de esta póliza que se incorporarán a partir de la siguiente renovación anual, las cuales se incluirán vía addendum. En caso de no comunicarse se mantendrán las mismas condiciones para la renovación.

El Tomador del seguro también podrá solicitar las siguientes modificaciones en las condiciones de la póliza:

1. Cambio en la forma de pago
2. Aumento o disminución de monto asegurado
3. Inclusión o exclusión de las coberturas adicionales.
4. Ajuste de vigencia anual del seguro.

Estas modificaciones deben solicitarse por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación en la próxima renovación anual de la póliza.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XX. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los accidentes causados por o derivados de:

1. Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares.
2. La fusión o fisión nuclear.
3. Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
4. Consumación o tentativa de suicidio u homicidio, participación del Asegurado o sus beneficiarios en delitos, duelos y riñas. Queda exceptuada la legítima defensa.
5. Enfermedad.
6. Los accidentes causados por el Asegurado mientras conduce en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas enervantes, estimulantes o narcóticas. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad, según se define en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por medios científicos tales como pero no limitados a análisis de sangre, aliento u orina.
7. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce, debido a la infracción de leyes y reglamentos de Tránsito obligatorios.
8. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce sin contar con la licencia habilitante respectiva.
9. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
10. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XXI. 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 XXII. RIESGOS NO AMPARADOS POR LA PÓLIZA, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS

Salvo que se indique en las Condiciones Particulares, el Instituto no ampara por concepto de accidente, las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje:

1. En aeronaves no destinadas ni autorizadas para el servicio de transporte regular de pasajeros.
2. Como piloto o pasajero de medios de transporte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
3. En bicimotos, motocicletas, motonetas, triciclos y cuadraciclos.

En este caso el Instituto evaluará las características del riesgo y definirá la procedencia técnico comercial de ampararlo.

CLÁUSULA XXIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Para gozar de la cobertura de esta póliza, el Tomador del seguro o Beneficiario cuenta con noventa (90) días naturales posteriores a la fecha del accidente para la presentación de los requisitos que se enumeran de seguido.

Dicho plazo podrá ampliarse por el Instituto siempre que el Tomador del seguro o Beneficiario demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción del Instituto y por cuenta del reclamante la ocurrencia del siniestro; así como la erogación de los gastos. Para ello, deberá aportar los siguientes requisitos:

1. Cobertura de Gastos Médicos

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

- a. El formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado y el certificado del médico tratante, con el diagnóstico y la evolución en tiempo (días).
- b. Las facturas originales 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 y resultados de exámenes de laboratorio, radiológicos u otro examen para diagnóstico.
- d. El Asegurado o su representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- e. Adicionalmente, para los accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas se debe presentar copia del Expediente Médico del Asegurado confeccionado y firmado por el médico tratante.

2. 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 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. 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. El Beneficiario debe firmar la boleta de autorización para revisión o reproducción física de los expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Clínica de Medicina Legal, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros Centros o Clínicas donde el Asegurado fue atendido.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

- f. Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar, además: la Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir). Este documento debe entregarse debidamente consularizado.
- g. En caso de fallecimiento de un asegurado dependiente, se debe presentar documento extendido por el Registro Civil en el que se demuestre el nexo familiar del fallecido con el Asegurado (cónyuge o hijos). En caso de fallecimiento del conviviente, el Asegurado deberá aportar una declaración jurada ante Notario Público, en la que declare la convivencia con la persona fallecida conforme la definición existente en las condiciones generales de la póliza y el tiempo de convivir.

3. Cobertura de Incapacidad Total y/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. El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.

4. Cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente

- a. Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
- b. Certificado de incapacidad extendido por el ente que lo incapacita (Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) o Instituto Nacional de Seguros).
- c. El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- d. Copia de las ordenes patronales de los últimos seis (6) meses o certificación extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).
- e. Constancia de salario o, en caso de tener ingresos propios, una constancia del contador público autorizado que indique el ingreso de los últimos seis (6) meses.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

El Asegurado tendrá derecho a apelar las resoluciones ante el Instituto dentro del plazo de prescripción señalado en este contrato.

CLÁUSULA XXIV. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Indemnizaciones de Gastos Médicos e Incapacidad Temporal o Permanente:

- a. Las indemnizaciones previstas en esta póliza serán pagadas en su totalidad al Asegurado o a su representante legal según corresponda, tan pronto como el Instituto haya recibido y aprobado la evidencia del hecho y la causa del accidente.
- b. El Asegurado autoriza expresamente al Instituto, para consultar, recopilar y obtener copia de toda la información contenida en sus expedientes en centros hospitalarios, clínico o consultorio, ya sea en Costa Rica o en cualquier parte del mundo.

Asimismo, se someterá a las revisiones médicas requeridas para el pago el reclamo.

- c. El Instituto sólo pagará los honorarios de médicos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, y los gastos de internación efectuados en clínicas, centros médicos u hospitales legalmente autorizados.
- d. La indemnización por incapacidad temporal se calculará con base en el salario reportado al momento de la emisión. Si éste es mayor que el salario consignado en la constancia de salario presentada al momento de la indemnización, será éste último el que se tomará como base para la indemnización. En este caso se realizará la devolución de la diferencia de primas que corresponda en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento del pago de la indemnización.

2. Indemnizaciones por Muerte Accidental

La indemnización por fallecimiento del Asegurado será pagadera a los beneficiarios designados en las condiciones particulares.

CLÁUSULA XXV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

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

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

Para informar sobre el siniestro o para consultar por el pago de la indemnización el Asegurado o el beneficiario se pueden comunicar al teléfono 800 - TeleINS (800-8353467), enviar un fax al 2221-2294 o un correo electrónico a la dirección contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XXVI. COOPERACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, el Asegurado o Beneficiario queda obligado a cooperar con el Instituto, aportando las pruebas que posea y participando en las diligencias en que se requiera su participación personal, con el fin de establecer la verdad real de los hechos y circunstancias que causaron el siniestro y determinar la cuantía de la indemnización.

Este deber de cooperación deberá ser necesario, razonable, proporcional y posible de cumplir por parte del Asegurado o Beneficiario.

Cuando sea necesaria su cooperación, el Instituto notificará al Asegurado o Beneficiario en el domicilio contractual estipulado en la póliza, con la indicación expresa de lo requerido.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que impida al Instituto constatar las circunstancias en que ocurrió el siniestro y determinar la pérdida, liberará a este de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA XXVII. REPORTES Y OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

El Instituto llevará un registro que incluirá la siguiente información: datos del Tomador de seguro, nombre, edad y número de identificación de cada uno de los miembros del grupo asegurado, suma asegurada de cada uno, así como los beneficiarios designados, fecha en que entran en vigor los seguros y la fecha de terminación de los mismos.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

Con el fin de mantener actualizado dicho registro, el Tomador del seguro está en la obligación de:

1. Presentar ante el Instituto las inclusiones y exclusiones de asegurados.
2. Pagar la prima según la forma de pago elegida por el Tomador del seguro.
3. Presentar la información de los beneficiarios designados por los asegurados.
4. Recopilar la información para los trámites de reclamos de los asegurados.

En caso de que el Tomador y el Instituto decidan modificar o terminar el contrato, deberán establecer los mecanismos de comunicación al Asegurado de tal decisión, con al menos un mes de previo a la fecha de vencimiento del contrato, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.

CLÁUSULA XXVIII. CERTIFICADOS DEL SEGURO

El Instituto confeccionará los certificados de cada Asegurado, los cuales se entregarán al Intermediario de seguros para su distribución.

Cuando se trate de pólizas de corto plazo en las que se asegura la totalidad de personas que participan en actividades masivas, que no puedan ser identificadas de previo a la emisión del seguro, el Instituto no entregará certificados.

CLÁUSULA XXIX. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de suscribir el seguro o durante su vigencia.

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro beneficiario o 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 causahabientes del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

Advertencia:



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

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 XXX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza terminará para cada uno de los Asegurados cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Tomador del Seguro solicitando la exclusión del Asegurado.
2. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta del Tomador del seguro de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Omisión y/o Inexactitud de esta póliza.
3. Cuando el grupo asegurado cuente con menos de diez (10) personas.
4. El Asegurado directo o el cónyuge o conviviente cumplan la edad de setenta (70) años de acuerdo con lo indicado en la Cláusula de Edades de Contratación y Cobertura.
5. Los hijos del Asegurado cumplan la edad de veinticinco (25) años.
6. Por falta de pago de primas.

CLÁUSULA XXXI. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

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



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

En tal caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador durante los primeros cinco (5) días de la emisión, se realizará la devolución según se ha establecido en la Cláusula Derecho de Retracto.

Si la cancelación se produce posterior a los primeros cinco (5) días de la emisión y la póliza es por un período inferior a un año, se reembolsará al Tomador la prima no devengada a prorrata menos el gasto administrativo de un 30%.

Asimismo, si la cancelación se produce posterior a los primeros cinco (5) días de la emisión y la póliza es anual el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y por el plazo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente tabla, y deberá reembolsar al Tomador la prima no devengada.

| <i>Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación</i> | <i>Porcentaje devengado de la prima anual</i> |
|---|---|
| Hasta 1 mes | 34% |
| Más de 1 mes a 2 meses | 42% |
| Más de 2 meses a 3 meses | 50% |
| Más de 3 meses a 4 meses | 58% |
| Más de 4 meses a 5 meses | 65% |
| Más de 5 meses a 6 meses | 71% |
| 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 BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

Cuando corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

CLÁUSULA XXXII. 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. **Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo dentro del plazo establecido en la Cláusula Prescripción, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
3. **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.

CLÁUSULA XXXIII. OMISIÓN 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 treinta y dos (32).



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XXXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Tomador del seguro en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto. Tratándose de los Asegurados corresponde a la dirección reportada por el Tomador para cada uno de ellos.

CLÁUSULA XXXV. COMUNICACIONES

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

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado todo cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado o Tomador del seguro.

En caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no hayan fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley N° 8687 Notificaciones Judiciales, de 04 de diciembre de 2008 y demás legislación aplicable.

CLÁUSULA XXXVI. 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 XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (COLECTIVO) CONDICIONES GENERALES

Contrato de Seguros N°8956 del 12 de setiembre de 2011 y sus reformas, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XXXVIII. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos, privilegios y acciones de cobro contra terceros responsables del siniestro, hasta la suma indemnizada. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto atribuible al Beneficiario, el Instituto podrá requerirle el reintegro de la suma indemnizada.

CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

CLÁUSULA XL. OTROS SEGUROS

Cuando existan otros seguros contratados con el Instituto que amparen el mismo riesgo, esta póliza operará en exceso de las coberturas otorgadas por esos seguros, ya sean obligatorios o voluntarios. Esta disposición no aplica para la cobertura de Muerte Accidental.

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



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

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

CLÁUSULA XLI. TIPO DE CAMBIO

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

CLÁUSULA XLII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

El 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 que el Tomador incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLÁUSULA XLIII. 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 XLIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(COLECTIVO)
CONDICIONES GENERALES**

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-A01-060-VLRCS de fecha 19 de enero del 2012.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| ACUERDO DE ASEGURAMIENTO | 3 |
| CLAUSULA I. BASES DEL CONTRATO | 4 |
| CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA | 4 |
| CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO | 4 |
| CLÁUSULA IV. DEFINICIONES | 5 |
| CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA..... | 8 |
| CLÁUSULA VI. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL | 8 |
| CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA..... | 8 |
| CLÁUSULA VIII. COBERTURAS | 9 |
| CLÁUSULA IX. EDADES DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA | 11 |
| CLÁUSULA X. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | 12 |
| CLÁUSULA XI. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE..... | 14 |
| CLÁUSULA XII. ALCANCE TERRITORIAL | 18 |
| CLÁUSULA XIII. AGRAVACIÓN DEL RIESGO..... | 18 |
| CLÁUSULA XIV. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE | 19 |
| CLÁUSULA XV. PRIMA DE LA PÓLIZA..... | 19 |
| CLÁUSULA XVI. PAGO DE PRIMAS Y LIQUIDACIONES | 20 |
| CLÁUSULA XVII. PERÍODO DE GRACIA | 20 |
| CLÁUSULA XVIII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA | 21 |
| CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES | 21 |
| CLÁUSULA XX. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO..... | 23 |
| CLÁUSULA XXI. RIESGOS NO AMPARADOS POR LA PÓLIZA, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS | 23 |
| CLÁUSULA XXII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO | 23 |
| CLÁUSULA XXIII. PAGO DE INDEMNIZACIONES..... | 25 |
| CLÁUSULA XXIV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES | 26 |
| CLÁUSULA XXV. COOPERACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO | 27 |
| CLÁUSULA XXVI. BENEFICIARIOS..... | 27 |
| CLÁUSULA XXVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA | 28 |
| CLÁUSULA XXVIII. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA | 28 |
| CLÁUSULA XXIX. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO..... | 30 |
| CLÁUSULA XXX. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD | 30 |
| CLÁUSULA XXXI. DOMICILIO CONTRACTUAL | 31 |
| CLÁUSULA XXXII. COMUNICACIONES | 31 |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

| | |
|--|----|
| CLÁUSULA XXXIII. PRESCRIPCIÓN | 31 |
| CLÁUSULA XXXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE | 31 |
| CLÁUSULA XXXV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS | 32 |
| CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN | 32 |
| CLÁUSULA XXXVII. OTROS SEGUROS | 32 |
| CLÁUSULA XXXVIII. TIPO DE CAMBIO | 33 |
| CLÁUSULA XXXIX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS | 33 |
| CLÁUSULA XL. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN | 33 |
| CLÁUSULA XLI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS | 33 |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

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**, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas para el Asegurado, cuando se requieran, los cuales integran la presente póliza.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el **Asegurado** deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando, dentro de un aniversario de la misma, notifique por escrito al **Instituto** su deseo de no continuar con el seguro con al menos un mes de anticipación al vencimiento del plazo.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas en las Oficinas Centrales del Instituto, en sus Sedes o a través de intermediario de seguros.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Guillermo Vargas Roldán
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA I. BASES DEL CONTRATO

Constituyen esta póliza Básica de Accidentes Monto Nivelado Colones y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la propuesta aceptada por el Asegurado, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como los adenda.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

El Instituto no se responsabiliza por promesas y declaraciones que hagan otras personas distintas a las autorizadas por el Instituto, que corresponden a la Gerencia y a quién ésta la delegue.

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Asegurado y/o Tomador tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

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

En caso de que el Asegurado y/o Tomador no desee continuar con la póliza el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado y/o Tomador 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 dañoso objeto de cobertura.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

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:** Toda persona física protegida por esta póliza y que puede ser simultáneamente el Tomador del seguro.
3. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Se consideran dependientes del Asegurado y asegurables las siguientes personas:
 - a) El cónyuge o conviviente del Asegurado.
 - b) Los hijos del Asegurado Directo siempre que sean solteros, que a la fecha del accidente dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes a tiempo completo. Adicionalmente deben cumplir con lo estipulado en la cláusula Edades de Contratación y de Cobertura.
4. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
5. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el asegurador.
6. **COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado, en adición al deducible en los casos en los que aplique.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

7. **CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
8. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al cargo o tarifa que en promedio cobran 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.
9. **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes. Representa la participación económica en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que se afecten en un reclamo.
10. **DEPORTE:** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
11. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
12. **FALANGE:** Los pequeños huesos largos de los dedos de la mano o del pie, en particular, la primera o la que sigue al metacarpiano o metatarsiano.
13. **FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO:** Manifestación de la fuerza de la naturaleza violenta y destructiva, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
14. **GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos erogados por el Asegurado 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.
15. **INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:** Se entiende aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de un accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo.
16. **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la que cumpla con las siguientes condiciones:



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

- a) Se produzca como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
 - b) Que el Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, perdiendo 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.
- 17. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE:** Es la producida como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica o funcional desde un punto cinco por ciento (0.5%) hasta menos del sesenta y siete por ciento (67%).
- 18. PÉRDIDA TOTAL:** Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
- 19. PERÍODO DE GRACIA:** Es una extensión del período de pago de la prima posterior a la fecha de vencimiento anotada durante el cual puede ser pagada sin el cobro de intereses y recargos y en el cual se mantienen los derechos del asegurado.
- 20. PRIMA:** Suma que debe pagar el Asegurado al Asegurador como contraprestación al amparo que éste otorga mediante el Contrato de Seguro.
- 21. SALARIO:** Retribución que el patrono paga al trabajador en virtud del contrato de trabajo. Para efectos de este seguro se entiende como el salario bruto.
- 22. SINIESTRO:** Acontecimiento inesperado y ajeno a la voluntad del Asegurado del que derivan daños indemnizables por la póliza.
- 23. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física que por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por naturaleza deba ser cumplidas por la persona asegurada. Puede ser simultáneamente el Asegurado.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada respecto a cada Asegurado será la que se indique en las Condiciones Particulares, previa aceptación del Instituto, sobre la cual se ha efectuado el pago de la prima.

El Asegurado escoge la suma asegurada y ésta permanece invariable durante toda la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA VI. ELEGIBILIDAD INDIVIDUAL

Para otorgar las coberturas de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente e Incapacidad Temporal por Accidente, el Asegurado deberá estar laborando activamente al momento del siniestro.

CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Este seguro ofrece dos formas diferentes de aseguramiento a elección del Asegurado:

1. Anual Renovable: vigencia por un año, prorrogable por períodos iguales si el Asegurado y/o Tomador no manifestare su opinión en contrario y pague la prima de renovación correspondiente.
2. Corto Plazo: vigencia menor a un año.

Esta póliza entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre que el Asegurado y/o Tomador haya pagado la primera prima y el Instituto haya aceptado el riesgo.

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

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se debe informar al Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

CLÁUSULA VIII. COBERTURAS

Esta póliza ampara los accidentes que sufra el Asegurado durante las veinticuatro (24) horas del día.

1. Coberturas Básicas

- a) **Muerte Accidental:** El Instituto pagará la suma asegurada, menos los montos pagados previamente por concepto de incapacidad total permanente o incapacidad parcial permanente cuando el Asegurado fallezca por causas accidentales.
- b) **Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente:** El Instituto pagará, en un solo tracto, la suma correspondiente al porcentaje de incapacidad permanente basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada en la Cláusula de Tabla de indemnizaciones por incapacidad total o parcial permanente por accidente de esta póliza. El monto asegurado por esta cobertura podrá ser una suma igual o hasta el doble de la suma asegurada en la cobertura de Muerte Accidental.

2. Coberturas Adicionales

Las coberturas adicionales podrán ser contratadas a elección del Asegurado y/o Tomador y deben indicarse en las Condiciones Particulares:

- a) **Incapacidad Temporal por Accidente:** El Instituto indemnizará por la Incapacidad Temporal por Accidente que sufra el Asegurado, por una suma equivalente al ochenta por ciento (80%) del salario o ingreso reportado al momento de la emisión, que deberá demostrar mediante la presentación de una constancia salarial o certificado de ingresos. El salario diario es igual al salario mensual dividido entre treinta (30) días.

La indemnización por incapacidad temporal se calculará con base en el salario reportado al momento de la emisión. Si éste es mayor que el salario consignado en la constancia de salario presentada al momento de la indemnización, será



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

éste último el que se tomará como base para la indemnización. En este caso se realizará la devolución de la diferencia de primas que corresponda en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento del pago de la indemnización.

Si la persona es asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o Riesgos del Trabajo el límite máximo de esta cobertura será el veinte por ciento (20%) del salario diario.

Esta cobertura operará como complemento de los demás subsidios por Incapacidad Temporal que reciba el Asegurado, de manera que el monto total a percibir por el Asegurado, tomando en cuenta todos los posibles subsidios, en ninguna forma puede superar el cien por ciento (100%) del ingreso económico diario por el Asegurado.

La suma a pagar por esta cobertura se reconocerá hasta por un período máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días naturales.

Esta cobertura no puede ser adquirida por los asegurados dependientes.

- b. Gastos Médicos por Accidente:** La suma máxima a asegurar en esta cobertura será el equivalente a un diez por ciento (10%) del monto asegurado de la cobertura de Muerte Accidental a la fecha de emisión y se indicará en las Condiciones Particulares de esta póliza.

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto suscrito en la Solicitud, el Instituto cubrirá los gastos médicos al costo razonable y acostumbrado del mercado, incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de este seguro, de conformidad con la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos por accidente.

El Asegurado o el beneficiario podrán hacer uso de las coberturas antes enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año, contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo siempre que el accidente haya ocurrido dentro de la vigencia del contrato.

El Instituto pagará los gastos médicos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, por un período máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

del primer gasto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.

CLÁUSULA IX. EDADES DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

1. Edades de contratación

| Asegurado | Rango de Edad |
|--|----------------------|
| Para el Asegurado | 15-60 años |
| Para el cónyuge o conviviente del Asegurado | 15-60 años |
| Para los hijos del Asegurado: | |
| Muerte accidental | 12-21 años |
| Incapacidad total y/o parcial permanente por accidente | 12-21 años |
| Gastos médicos por accidente | 14 días a 21 años |

2. Edades de cobertura

Esta póliza ampara al Asegurado y a su cónyuge o conviviente hasta la edad de 60 años; no obstante, suscrito el seguro dentro de las edades de contratación, el Asegurado podrá extender la cobertura de la póliza hasta la edad de 70 años pagando una extra prima según el siguiente cuadro de recargos :

| Rango de edades | Muerte Accidental | Incapacidad | Gastos Médicos |
|-----------------|-------------------|-------------|----------------|
| 61 a 65 años | 10% | 65% | 28% |
| 66 a 70 años | 35% | 233% | 62% |

Los mismos porcentajes de recargo se aplicarán a los asegurados de nuevo ingreso, mayores de 60 años.

La edad máxima de protección para los hijos dependientes es de veinticinco (25) años.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA X. TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

Toda indemnización con cargo a estas coberturas se regirá por la siguiente tabla, de acuerdo con el porcentaje de incapacidad permanente que se le haya determinado médicamente al Asegurado.

| PÉRDIDA | PORCENTAJE |
|--|------------|
| 1. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | |
| Estado absoluto e incurable de deficiencia mental que no permitiera al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida | 100% |
| Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente | 100% |

| PÉRDIDA | PORCENTAJE |
|---|------------|
| 2. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE | |
| a. Cabeza: | |
| Sordera total o incurable de los dos oídos | 50% |
| Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión normal de ambos ojos | 40% |
| Sordera total e incurable de un oído | 15% |
| Extirpación de la mandíbula inferior | 50% |

| b. Miembros Superiores | Derecho Porcentaje | Izquierdo Porcentaje |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Pérdida total del miembro superior derecho o izquierdo | 65% | 52% |
| Pérdida total de una mano | 60% | 48% |
| Fractura o lesiones múltiples de la mano (rigidez total) | 45% | 36% |
| Rigidez del hombro en posición no utilizable | 30% | 24% |



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

| b. Miembros Superiores | Derecho Porcentaje | Izquierdo Porcentaje |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Rigidez del codo en posición no utilizable | 25% | 20% |
| Rigidez del codo en posición utilizable | 20% | 16% |
| Rigidez de la muñeca en posición no utilizable | 20% | 16% |
| Rigidez de la muñeca en posición utilizable | 15% | 12% |
| Pérdida total del pulgar | 18% | 14% |
| Pérdida total del índice | 14% | 11% |
| Pérdida total del dedo medio | 9% | 7% |
| Pérdida total del anular o el meñique | 8% | 6% |

| c. Miembros inferiores | Porcentaje |
|--|-------------------|
| Pérdida total del miembro inferior derecho o izquierdo | 55% |
| Pérdida total de un pie | 40% |
| Cicatrización anormal de la fractura de un fémur | 35% |
| Cicatrización anormal de la fractura de una rótula | 30% |
| Fracturas o lesiones múltiples de un pie (rigidez total) | 20% |
| Rigidez de la cadera en posición no utilizable | 40% |
| Rigidez de la cadera en posición utilizable | 20% |
| Rigidez de la rodilla en posición no utilizable | 30% |
| Rigidez de la rodilla en posición utilizable | 15% |
| Rigidez del tobillo (garganta de pie) en posición no utilizable | 15% |
| Rigidez del tobillo en posición utilizable | 8% |
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco centímetros | 15% |
| Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de tres centímetros | 8% |
| Pérdida total de dedo gordo del pie | 8% |
| Pérdida total de otros dedo del pie | 4% |

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se hubiera producido por amputación total o rigidez y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero si se tratase de pulgar y a la tercera parte por cada falange si se tratase de otros dedos.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

3. 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 pueda exceder del cien por ciento (100%) de la capacidad total orgánica o funcional.

4. Lesiones no previstas

La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad orgánica o funcional total.

5. Zurdos

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de la indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

CLÁUSULA XI. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Los gastos médicos por accidente se indemnizarán de la siguiente manera:

1. Accidentes que no sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza, cuenta con libre elección médica. El Instituto pagará los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios para diagnosticar y tratar las lesiones sufridas en un accidente. Estos honorarios se pagarán con base en los costos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado.

Deducible

Para la cobertura de gastos médicos por accidentes que no sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas, se aplicará al total de gastos presentados un



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

deducible del diez por ciento (10%) con un mínimo de USD\$20 (Veinte dólares estadounidenses), por cada persona y por cada accidente.

2. Accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas:

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza en la práctica de actividades deportivas ya sea de manera recreativa o en competencia, cuenta con libre elección médica o bien, puede utilizar los servicios de las instalaciones de INS Salud o de los Centros Médicos Regionales del Instituto.

El Instituto reembolsará las prestaciones de este seguro, de acuerdo con los términos que a continuación se detallan:

A. Utilización de servicios por libre elección médica

El Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir atención en el hospital o clínica de su preferencia.

Los gastos en que éste incurra serán indemnizados por el Instituto de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, sujeto a las siguientes condiciones:

a. Deducible y coaseguro

- i. Primero se aplica un deducible del diez por ciento (10%) al total de los gastos con un mínimo de USD\$20 (Veinte dólares estadounidenses).
- ii. Posteriormente se aplica, un coaseguro del veinte por ciento (20%) en los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.

b. Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente, se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

- c. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
- i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio, hospital o clínica más cercano o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura, se autoriza una segunda atención. En este caso se aplicará solamente el diez por ciento (10%) de deducible.
 - ii. No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente. Si la segunda consulta no es por fractura, se aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
 - iii. El número de sesiones de rehabilitación se limita a diez (10) por accidente, máximo veinte (20) por año póliza, indistintamente del número de eventos presentados por el Asegurado. Cuando en un mismo evento se requieran más de diez (10) sesiones, deberá solicitarse de previo autorización al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de veinte (20) sesiones indicado. A todas las terapias se le aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
 - iv. Para el pago de los inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos se aplicará, al costo razonable y acostumbrado, un deducible del diez por ciento (10%) y un coaseguro del cuarenta por ciento (40%).
 - v. Se consideran dentro de las especialidades de medicina del deporte y ortopedia los problemas relacionados con músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, bursas, meniscos y cartílagos.

B. Utilización de servicios en INS Salud o Centros Médicos Regionales del Instituto

El Asegurado puede optar por recibir atención médica en INS Salud o cualquiera de los Centros Médicos Regionales del Instituto, para lo cual se procederá de la siguiente manera:



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

- a. Para la atención del Asegurado, éste debe presentar una orden de atención médica extendida por alguna Sede del Instituto, sujeto a las siguientes condiciones:
- i. No se limita la cantidad de consultas.
 - ii. No se aplicará deducible ni coaseguro.
- b. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionadas con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
- i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio o clínica más cercana o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura se autoriza una segunda atención.
 - ii. El tratamiento subsecuente podrá realizarse en INS-Salud, en los Centros Médicos Regionales del Instituto o mediante libre elección médica del Asegurado.
 - iii. Los beneficios se aplicarán de la siguiente manera, siempre y cuando el monto asegurado lo permita:
 - 1) No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.
 - 2) INS-Salud, previa valoración y prescripción médica, suministrará los inmovilizadores y estabilizadores, tales como: rodilleras, tobilleras, muñequeras, coderas, fajas lumbares, musleras, soportes de cadera u otros implementos ortopédicos.
 - 3) Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, hacia INS Salud. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:
 - a) Por transporte automotor, los cuales serán reconocidos de acuerdo con las tarifas autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transporte (M.O.P.T).



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

- b) Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos para el régimen de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores.

Si el paciente es menor de edad, se cubrirán además los gastos de un acompañante. **No se reconocerán viáticos si el traslado es dentro del Gran Área Metropolitana.**

Dichos rubros serán deducidos de la cobertura de Gastos Médicos, sin la aplicación del deducible y coaseguro.

CLÁUSULA XII. ALCANCE TERRITORIAL

La cobertura de esta póliza se extiende a todos los países del mundo.

CLÁUSULA XIII. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Habiendo sido establecida la prima de acuerdo con las características de riesgo declaradas por el Asegurado, éste deberá comunicar al Instituto los cambios o las agravaciones, aún cuando fueran temporales, que pudieren afectar la base de contratación, dentro de los diez (10) días hábiles de antelación a la fecha en que se inicie la agravación del riesgo, si éstos dependen de la voluntad del Asegurado. Si los cambios o agravaciones no dependen de la voluntad del Asegurado, éste deberá notificarlos al Instituto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al momento en que tuvo o debió tener conocimiento de éstos.

El Instituto contará con un plazo de treinta (30) días naturales para pronunciarse sobre las condiciones para la continuación de la póliza y podrá rescindir el contrato, proponer la modificación o aceptar la variación sin mayor requerimiento. En caso de rescisión devolverá la prima pagada no devengada una vez deducidos los gastos administrativos en un plazo de diez (10) días hábiles.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra más peligrosa que la declarada en esta póliza y posteriormente al cambio de ocupación sufriera lesiones mientras esté ejecutando algún acto propio de la nueva ocupación, la indemnización será la que



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

corresponda a las coberturas que hubiera podido comprar con la prima pagada y para la clasificación del nuevo riesgo.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra calificada como no asegurable la póliza quedará rescindida de pleno derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado su ocupación y se devolverán las primas pagadas no devengadas a partir del cambio mencionado, en un plazo de diez (10) días hábiles.

Si el Asegurado cambiara su ocupación a otra de menor riesgo que la declarada en esta póliza, el Instituto reducirá la prima estipulada, según la tarifa correspondiente y devolverá en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento en que se notifique esta circunstancia o se tenga conocimiento de ella, el exceso de prima pagada y no devengada.

CLÁUSULA XIV. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente del evento, por una alteración del estado de salud sin relación con la edad del Asegurado o de un defecto físico, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera tenido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA XV. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima que se establece para esta póliza se detalla en las Condiciones Particulares y se determinará con base en las ocupaciones de los asegurados y el riesgo que representan.

El Instituto puede otorgar el siguiente descuento a la prima:

1. Por Grupo familiar, se otorga un diez por ciento (10%) sobre la prima del grupo familiar.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

La prima pagada de un período una vez transcurrido o vencido éste, se dará por totalmente devengada.

CLÁUSULA XVI. PAGO DE PRIMAS Y LIQUIDACIONES

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual. Dicho pago deberá efectuarse de acuerdo con la forma de pago elegida por el Asegurado Directo, a saber: trimestral, semestral y 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 * 0.2600 |
| Semestral | 3% | Prima anual * 0.5150 |

Dicho pago podrá efectuarse en efectivo, mediante cheque, depósito bancario o transferencia bancaria. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción.

En caso de indemnización por muerte accidental del Asegurado, del monto a pagar se deducirá el pago correspondiente para completar la prima anual, independientemente de la forma de pago elegida.

CLÁUSULA XVII. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima cuando la forma de pago elegida por el Asegurado sea trimestral o semestral.

Si la forma de pago de prima elegida por el Asegurado es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

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.

Los pagos de primas se harán en cualquier Sede del Instituto. No se considerará como efectuado el pago de la prima a menos que conste en el recibo oficial expedido por el Instituto.

CLÁUSULA XVIII. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA

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

El Asegurado también podrá solicitar las siguientes modificaciones en las condiciones de la póliza:

1. Cambio en la forma de pago
2. Aumento o disminución de monto asegurado
3. Inclusión o exclusión de las coberturas adicionales.
4. Ajuste de vigencia anual del seguro.

Estas modificaciones deben solicitarse por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de vencimiento. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación en la próxima renovación anual de la póliza.

CLÁUSULA XIX. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los accidentes causados por o derivados de:

1. **Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares.**



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

2. La fusión o fisión nuclear.
3. Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
4. Consumación o tentativa de suicidio u homicidio, participación del Asegurado o sus beneficiarios en delitos, duelos y riñas. Queda exceptuada la legítima defensa.
5. Enfermedad.
6. Los accidentes causados por el Asegurado mientras conduce en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas enervantes, estimulantes o narcóticas. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad, según se define en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por medios científicos tales como pero no limitados a análisis de sangre, aliento u orina.
7. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce, debido a la infracción de leyes y reglamentos de Tránsito obligatorios.
8. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce sin contar con la licencia habilitante respectiva.
9. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
10. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XX. 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 XXI. RIESGOS NO AMPARADOS POR LA PÓLIZA, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS

Salvo que se indique en las Condiciones Particulares, el Instituto no ampara por concepto de accidente, las lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje:

1. En aeronaves no destinadas ni autorizadas para el servicio de transporte regular de pasajeros.
2. Como piloto o pasajero de medios de transporte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
3. En bicimotos, motocicletas, motonetas, triciclos y cuadraciclos.

En este caso el Instituto evaluará las características del riesgo y definirá la procedencia técnico comercial de ampararlo.

CLÁUSULA XXII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Para gozar de la cobertura de esta póliza, el Asegurado y/o Tomador o Beneficiario cuentan con noventa (90) días naturales posteriores a la fecha del accidente para la presentación de los requisitos que se enumeran de seguido.

Dicho plazo podrá ampliarse por el Instituto siempre que el Asegurado o Beneficiario demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción del Instituto y por cuenta del reclamante la ocurrencia del siniestro; así como la erogación de los gastos. Para ello, deberá aportar los siguientes requisitos:



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

1. Cobertura de Gastos Médicos

- a) El formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado y el certificado del médico tratante, con el diagnóstico y la evolución en tiempo (días).
- b) Las facturas originales 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 y resultados de exámenes de laboratorio, radiológicos u otro examen para diagnóstico.
- d) El Asegurado o su representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- e) Adicionalmente, para los accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas se debe presentar copia del Expediente Médico del Asegurado confeccionado y firmado por el médico tratante.

2. 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 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) 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) El Beneficiario debe firmar la boleta de autorización para revisión o reproducción física de los expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Clínica de Medicina Legal, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros Centros o Clínicas donde el Asegurado fue atendido.
- f) Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar, además: la Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir). Este documento debe entregarse debidamente consularizado.
- g) En caso de fallecimiento de un asegurado dependiente, se debe presentar documento extendido por el Registro Civil en el que se demuestre el nexo familiar del fallecido con el Asegurado (cónyuge o hijos). En caso de fallecimiento del conviviente, el Asegurado deberá aportar una declaración jurada ante Notario Público, en la que declare la convivencia con la persona fallecida conforme la definición existente en las condiciones generales de la póliza y el tiempo de convivir.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

3. Cobertura de Incapacidad Total y/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) El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.

4. Cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente

- a) Fotocopia del documento de identificación del Asegurado.
- b) Certificado de incapacidad extendido por el ente que lo incapacita (Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) o Instituto Nacional de Seguros).
- c) El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- d) Copia de las ordenes patronales de los últimos seis (6) meses o certificación extendida por la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.).
- e) Constancia de salario o, en caso de tener ingresos propios, una constancia del contador público autorizado que indique el ingreso de los últimos seis (6) meses.

El Asegurado tendrá derecho a apelar las resoluciones ante el Instituto dentro del plazo de prescripción señalado en este contrato.

CLÁUSULA XXIII. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Indemnizaciones de Gastos Médicos e Incapacidad Temporal o Permanente:

- a. Las indemnizaciones previstas en esta póliza serán pagadas en su totalidad al Asegurado o su representante legal según corresponda, tan pronto como el Instituto haya recibido y aprobado la evidencia del hecho y la causa del accidente.



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

- b. El Asegurado autoriza expresamente al Instituto para consultar, recopilar y obtener copia de toda la información contenida en sus expedientes en centros hospitalarios, clínicas o consultorios, ya sea en Costa Rica o en cualquier parte del mundo.

Asimismo, se someterá a las revisiones médicas requeridas para el pago del reclamo.

- c. El Instituto sólo pagará los honorarios de médicos legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, y los gastos de internación efectuados en clínicas, centros médicos u hospitales legalmente autorizados.
- d. La indemnización por incapacidad temporal se calculará con base en el salario reportado al momento de la emisión. Si éste es mayor que el salario consignado en la constancia de salario presentada al momento de la indemnización, será éste último el que se tomará como base para la indemnización. En este caso se realizará la devolución de la diferencia de primas que corresponda en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento del pago de la indemnización.

2. Indemnizaciones por Muerte Accidental

La indemnización por fallecimiento será pagadera a los beneficiarios designados por el Asegurado.

CLÁUSULA XXIV. 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.

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

Para informar sobre el siniestro o para consultar por el pago de la indemnización el Asegurado o el beneficiario se pueden comunicar al teléfono 800 - TeleINS (800-8353467), enviar un fax al 2221-2294 o un correo electrónico a la dirección contactenos@ins-cr.com.



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XXV. COOPERACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, el Asegurado o Beneficiario queda obligado a cooperar con el Instituto, aportando las pruebas que posea y participando en las diligencias en que se requiera su participación personal, con el fin de establecer la verdad real de los hechos y circunstancias que causaron el siniestro y determinar la cuantía de la indemnización.

Este deber de cooperación deberá ser necesario, razonable, proporcional y posible de cumplir por parte del Asegurado o Beneficiario.

Cuando sea necesaria su cooperación, el Instituto notificará al asegurado o beneficiario en el domicilio contractual estipulado en la póliza, con la indicación expresa de lo requerido.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que impida al Instituto constatar las circunstancias en que ocurrió el siniestro y determinar la pérdida, liberará a este de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA XXVI. BENEFICIARIOS

El Asegurado podrá designar el (los) beneficiario (s) al momento de suscribir el seguro o durante su vigencia.

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá a otro beneficiario o 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 causahabientes del Asegurado que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

Advertencia:



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

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 XXVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza terminará para cada uno de los asegurados cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Asegurado y/o Tomador solicitando la exclusión de algún dependiente asegurado.
2. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta del Asegurado y/o Tomador de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Omisión y/o Inexactitud de esta póliza.
3. El Asegurado o el cónyuge o conviviente cumplan la edad de setenta (70) años de acuerdo con lo indicado en la Cláusula de Edades de Contratación y edades de Cobertura.
4. Los hijos del Asegurado cumplan la edad de veinticinco (25) años.
5. Por falta de pago de la prima, según lo indicado en la cláusula del Período de Gracia.

CLÁUSULA XXVIII. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

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



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

En tal caso el Instituto cancelará el contrato en 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.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador durante los primeros cinco (5) días de la emisión, se realizará la devolución según se ha establecido en la Cláusula Derecho de Retracto.

Si la cancelación se produce posterior a los primeros cinco (5) días de la emisión y la póliza es por un período inferior a un año, se reembolsará al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada a prorrata menos el gasto administrativo de un 30%.

Asimismo, si la cancelación se produce posterior a los primeros cinco (5) días de la emisión y la póliza es anual el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y por el plazo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente tabla, y deberá reembolsar al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada.

| <i>Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación</i> | <i>Porcentaje devengado de la prima anual</i> |
|---|---|
| Hasta 1 mes | 34% |
| Más de 1 mes a 2 meses | 42% |
| Más de 2 meses a 3 meses | 50% |
| Más de 3 meses a 4 meses | 58% |
| Más de 4 meses a 5 meses | 65% |
| Más de 5 meses a 6 meses | 71% |
| 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% |



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

| | |
|----------------------------|------|
| Más de 11 meses a 12 meses | 100% |
|----------------------------|------|

Cuando corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

CLÁUSULA XXIX. DECLINACION, 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. Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo dentro del plazo establecido en la Cláusula Prescripción, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
- 3. 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.

CLÁUSULA XXX. OMISIÓN 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 treinta y dos (32).



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XXXI. DOMICILIO CONTRACTUAL

El domicilio contractual es la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

CLÁUSULA XXXII. COMUNICACIONES

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el mismo en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado y/o Tomador deberá reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado todo cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado y/o Tomador.

En caso de que el Asegurado y/o Tomador no haya fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley N° 8687 Notificaciones Judiciales, de 04 de diciembre de 2008 y demás legislación aplicable.

CLÁUSULA XXXIII. 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 XXXIV. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N°8956 del 12 de setiembre de 2011 y sus reformas, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XXXV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos, privilegios y acciones de cobro contra terceros responsables del siniestro, hasta la suma indemnizada. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto atribuible al Beneficiario, el Instituto podrá requerirle el reintegro de la suma indemnizada.

CLÁUSULA XXXVII. OTROS SEGUROS

Cuando existan otros seguros contratados con el Instituto que amparen el mismo riesgo, esta póliza operará en exceso de las coberturas otorgadas por esos seguros, ya sean obligatorios o voluntarios. Esta disposición no aplica para la cobertura de Muerte Accidental.

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



SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES (INDIVIDUAL) CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XXXVIII. 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.

CLÁUSULA XXXIX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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 que el Asegurado y/o Tomador incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLÁUSULA XL. 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 XLI. 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



**SEGURO BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO DÓLARES
(INDIVIDUAL)
CONDICIONES GENERALES**

dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A01-060-VLRCS de fecha 19 de enero del 2012.

Moneda

Colones Dolares

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|---|--|
| Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| Nombre o razón social: | | | | | |
| Tipo de Identificación: | | | | Estado Civil: | |
| <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | | | <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 : _____ | |
| N° de Identificación | | Ocupación o actividad económica: | | | |
| Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Provincia: | | Cantón: | | Distrito: | |
| Dirección exacta: | | | | | |
| Calle: | | Avenida: | | Otras señas: | |
| Apartado: | | Teléfono Oficina: | | Teléfono Domicilio: | |
| | | | | Teléfono Celular: | |
| Ingreso mensual aproximado: | | Sitio Web.: | | Dirección Electrónica: | |
| Nombre del Patrono: | | Teléfono del Patrono: | | N° de Fax: | |
| Cuenta Cliente: | | Banco Emisor: | | Cantidad de Empleados (sólo para Empresas): | |

DATOS DEL ASEGURADO SOLICITANTE

| | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|---|--|
| Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| Nombre o razón social: | | | | | |
| Tipo de Identificación: | | | | Estado Civil: | |
| <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | | | <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 : _____ | |
| N° de Identificación | | Ocupación o actividad económica: | | | |
| Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| Provincia: | | Cantón: | | Distrito: | |
| Dirección exacta: | | | | | |
| Calle: | | Avenida: | | Otras señas: | |
| Apartado: | | Teléfono Oficina: | | Teléfono Domicilio: | |
| | | | | Teléfono Celular: | |
| Ingreso mensual aproximado: | | Sitio Web.: | | Dirección Electrónica: | |
| Nombre del Patrono: | | Teléfono del Patrono: | | N° de Fax: | |
| Cuenta Cliente: | | Banco Emisor: | | Cantidad de Empleados (sólo para Empresas): | |
| Edad: | | Peso: kgs. | | Estatura: mts. | |
| | | | | ¿Es zurdo? | |
| Clase de riesgo (Marque con una x) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |

DATOS DE LA PÓLIZA

| No. DE PÓLIZA | | FORMA DE PAGO: (*Ver Recargos por Fraccionamiento de Prima) | | VIGENCIA PRIMERA CUOTA | |
|--|----------------|--|---------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 12 Anual <input type="checkbox"/> 06 Semestral <input type="checkbox"/> 03 Trimestral <input type="checkbox"/> 01 Mensual Corriente (Colectivas) | | DESDE: | | HASTA: | |
| | | Día / Mes / Año | | Día / Mes / Año | |
| COBERTURAS SOLICITADAS | | | | | |
| RIESGO | SUMA ASEGURADA | TIPO | RECARGO | PRIMA ANUAL | |
| Muerte accidental | | | | | |
| Incapacidad Total y Permanente por Accidente | | | | | |
| Incapacidad Temporal por Accidente | | | | | |
| Gastos Médicos por Accidente | | | | | |
| | | | | PRIMA ANUAL TOTAL | |
| Forma de pago: _____ | | | | | |
| Prima según forma de pago: _____ | | | | | |
| Actividad de la empresa para la cual usted labora: | | | | | |
| Dirección exacta: | | | | | |

DATOS DE LA PÓLIZA

Si usted quedara temporalmente incapacitado para trabajar a consecuencia de un accidente, su patrono le paga:
 Su salario completo Medio Salario No le paga nada

Usted recibe por esta prestación diaria _____

¿Recibe usted alguna indemnización de la Caja Costarricense del Seguro Social cuando está incapacitado a consecuencia de un accidente?
 Si No En caso afirmativo, cuánto recibe diariamente: _____

Indique el monto de su salario: _____

Se asegura por: Cuenta propia Por cuenta de un tercero

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 _____

OTROS DATOS

¿Tiene vigentes seguros contra accidentes y de vida?. En caso afirmativo cite el No. de póliza y monto:
 Si No No de póliza: _____ Monto Asegurado _____

¿Tiene dentro de sus planes realizar algún viaje especial o empresa peligrosa?. En caso afirmativo, suministre detalles:
 Si No Detalles: _____

¿Desea renovar este seguro o es de caracter temporal?.
 Si No

¿Maneja Motocicleta?. En caso afirmativo, con que frecuencia:
 Si No Frecuencia: _____

¿Practica algún deporte?. En caso afirmativo, indicar cuáles:
 Si No ¿Cuáles?: _____

BENEFICIARIOS

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 consideraran 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.

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

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

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DEL SOLICITANTE

¿Usa bebidas alcohólicas?. En caso afirmativo, indique desde cuándo, frecuencia y cantidad.
 Sí No

¿Padece o ha padecido de alcoholismo?.
 Sí No
 Detalles: _____

¿Fuma?. Sí No ¿Hace cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria _____

¿Dejó de fumar?. Sí No ¿Hace cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria que fumaba _____

¿Usa usted alguna otra droga?
 Sí No
 Detalles: _____

Indique si ha sufrido o sufre en la actualidad alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos (Indique SI o NO en cada caso).

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dolor de cabeza persistente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades del hígado o riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vértigo o mareos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sobrepeso u obesidad |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Depresión o nervios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Colesterol y/o triglicéridos altos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ahogos o falta de aire | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Gota |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apoplejía o derrame | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Parálisis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Afección de la columna vertebral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otras enfermedades |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enferm. o padecimiento de los ojos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lumbago | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otros padecimientos |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enferm. o padecimiento de los oídos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ciática | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enferm. o de los pulmones y/o bronquios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Minusvalía o discapacidad | |

Use este espacio para detallar enfermedades, intervenciones quirúrgicas, fechas, nombre de médicos, de clínicas u hospitales.

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

 Correo electrónico: _____ Fax: _____
 Apartado o Dirección: _____

Recuerde mantener actualizados sus datos.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida.

Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros 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. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

Firma del Asegurado _____

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

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.

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-A01-059 de fecha 16 de diciembre del 2009 (colones) y P16-33-A01-060 de fecha 16 de diciembre del 2009 (dólares).

Firma y número de identificación del Solicitante

Nombre, firma y N° del Intermediario

LUGAR: _____

FECHA: _____

En mi calidad de Intermediario de Seguros, manifiesto que he revisado el riesgo en los términos que se indican en el contrato suscrito con el Instituto Nacional de Seguros como Intermediario y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones en otorgamiento de este seguro.

Nombre (s), Firma (s) y número (s) del (los) intermediario (s):

OBSERVACIONES:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL SUSCRIPTOR:

Fecha de aceptación:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Seguros Personales

SOLICITUD COMPLEMENTARIA PARA UNA PÓLIZA BÁSICA DE ACCIDENTES MONTO NIVELADO (Grupo Familiar)

Moneda
 Colones Dolares

Póliza Nº

Nombre del asegurado directo: Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre: _____

| | | | | | | |
|--|--|------------|--|---|---|--|
| DATOS DE LOS DEPENDIENTES SOLICITANTES | Primer Apellido: | | Segundo Apellido: | | Nombre Completo: | |
| | Nombre o razón social: | | | | | |
| | Tipo de Identificación: | | | | Estado Civil: | |
| | <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma | | | | <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 : _____ | |
| | Nº de Identificación | | Ocupación o actividad económica: | | | |
| | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | | Nacionalidad: | | Sexo: | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| | Provincia: | | Cantón: | | Distrito: | |
| | Dirección exacta: | | | | | |
| | 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): | | Parentesco en relación con el asegurado: | | Peso: _____ kgs. | |
| Estatura: _____ mts. | | Edad: | | Clase de riesgo: (Marque con una x) | | |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | ¿Es zurdo? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

| RIESGO | SUMA ASEGURADA | | PRIMAS | | RECARGO | TOTAL PRIMA ANUAL |
|--|----------------------|----------|----------|-------|-------------------|-------------------|
| | Cónyugue | Hijos | Cónyugue | Hijos | | |
| | 1. Muerte accidental | | | | | |
| 2. Incapacidad total y permanente por accidente | | | | | | |
| 3. Incapacidad temporal por accidente | | | | | | |
| 4. Gastos Médicos por accidente | | Excluido | | | | |
| Clase de negocio de la firma con quien trabaja. | | | | | TOTAL PRIMA ANUAL | |
| Forma de pago: _____ | | | | | | |
| Prima según forma de pago: _____ | | | | | | |
| Si usted quedara temporalmente incapacitado para trabajar a consecuencia de un accidente o enfermedad, su patrono le paga: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Su salario completo <input type="checkbox"/> Medio Salario <input type="checkbox"/> No le paga nada | | | | | | |
| Usted recibe por esta prestación diaria <input type="text"/> | | | | | | |
| ¿Recibe usted alguna indemnización de la Caja Costarricense del Seguro Social cuando está incapacitado a consecuencia de un accidente? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, cuánto recibe: _____ | | | | | | |

| BENEFICIARIOS | EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE | | | | | | |
|----------------------|---|-----------------|-----------------|--------------|-------------|---|-------|
| | 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. | | | | | | |
| | Nombre: | | Identificación: | | Parentesco: | | Sexo: |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Porcentaje: % | | Teléfono: | | Ocupación: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Dirección: | | Otras señas: | | | |
| | | Provincia: | | Cantón: | | | |
| Nombre: | | Identificación: | | Parentesco: | | Sexo: | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Porcentaje: % | | Teléfono: | | Ocupación: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Dirección: | | Otras señas: | | | |
| | | Provincia: | | Cantón: | | | |
| Nombre: | | Identificación: | | Parentesco: | | Sexo: | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| Porcentaje: % | | Teléfono: | | Ocupación: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Dirección: | | Otras señas: | | | |
| | | Provincia: | | Cantón: | | | |

Use este espacio para detallar enfermedades, intervenciones quirúrgicas, fechas, padecimientos, nombre de médicos, clínicas u hospitales, direcciones.

INDIQUE SI ALGUNO DE SUS FAMILIARES

1. ¿Maneja Motocicleta? ¿Con qué frecuencia? _____
 Sí No

2. ¿Durante los últimos 3 años ha vivido en la misma casa con alguna persona afectada de tuberculosis? Sí No
 En caso afirmativo de detalles completos: _____

3. Mutilaciones o deformaciones que tenga en su cuerpo. Indique la parte afectada, causa, fecha y grado.

4. ¿Sufre defectos de la vista o del oído?. Indique el % de pérdida, si hay.
 Sí No

5. ¿Ha recibido o está recibiendo indemnización por accidente o enfermedad?
 Sí No

6. ¿Es zurdo? Sí No

7. ¿Practica deporte (como profesional)? ¿Cuál?
 Sí No

Señale el medio por el cual desea ser notificado:

Correo electrónico: _____ Fax: _____
 Apartado o Dirección: _____

Recuerde mantener actualizados sus datos.

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida.

Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros 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. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

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

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.

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-A01-059 de fecha 16 de diciembre del 2009 (colones) y P16-33-A01-060 de fecha 16 de diciembre del 2009 (dólares)

| | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|
| Firma y número de identificación del Solicitante | Nombre, firma y N° del Intermediario | LUGAR: _____ FECHA: _____ |
|--|--------------------------------------|------------------------------|

En mi calidad de Intermediario de Seguros, manifiesto que he revisado el riesgo en los términos que se indican en el contrato suscrito con el Instituto Nacional de Seguros como Intermediario y que desde mi perspectiva no existen agravaciones o limitaciones en otorgamiento de este seguro.

Nombre (s), Firma (s) y número (s) del (los) intermediario (s):

OBSERVACIONES:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL SUSCRIPTOR:

Fecha de aceptación: