

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE

CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

SECCIÓN A. DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES.....	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	5
CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA	5
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.....	5
CLÁUSULA III. COBERTURAS	5
CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACION	7
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA.....	7
CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES	7
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.	8
CLÁUSULA VII. BENEFICIARIOS	8
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR	8
CLÁUSULA VIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR.....	8
SECCIÓN F. PRIMAS	8
CLÁUSULA IX. PRIMA DE LA PÓLIZA	8
CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS.....	9
CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA.....	9
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA	9
CLÁUSULA XII AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA	9
SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	10
CLÁUSULA XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	10
CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES	11
SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS	11
CLÁUSULA XV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	11
CLÁUSULA XVI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	12
CLÁUSULA XVII. CANCELACIÓN ANTICIPADA	12
SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS.....	12
CLÁUSULA XVIII. RECTIFICACION DE LA POLIZA	12
CLÁUSULA XIX. DERECHO DE RETRACTO.....	12
CLÁUSULA XX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	13
SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	13

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXI. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	13
CLÁUSULA XXII. LEGISLACIÓN APLICABLE	13
SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	14
CLÁUSULA XXIII. COMUNICACIONES	14
SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO.....	14
CLÁUSULA XXIV. REGISTRO DEL PRODUCTO	14

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, cédula jurídica 40000-1902-22 (“el INSTITUTO”) se compromete con el ASEGURADO Y/O TOMADOR, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas en la oferta que origina este contrato.

Declaro el compromiso contractual del INSTITUTO de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

A handwritten signature in black ink, appearing to read "José Arévalo Ascensio".

José Arévalo Ascensio
Gerente General a.i.
Cédula jurídica 4-000-001902

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Las definiciones a continuación deben entenderse así en el contenido de la póliza.

1. **ACCIDENTE:** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
2. **ASEGURADO:**
 - a. **ASEGURADO TITULAR:** Persona física que está expuesta al riesgo, el cual traslada al asegurador, y es quien asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato en ausencia del tomador.
 - b. **ASEGURADO DEPENDIENTE:**
 - I. El Cónyuge o conviviente entendido como la persona que cohabita con el Asegurado Titular por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única, estable y demostrable.
 - II. Los hijos del Asegurado Titular y/o su cónyuge, siempre y cuando sean menores de veinticinco (25) años.
3. **COLUSIÓN:** Pacto o acuerdo que se establece con otra persona con perjuicio o daño para un tercero.
4. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el costo de un servicio médico prestado por un proveedor, el cual no excede el precio o tarifa que usualmente cobran la mayoría de los proveedores en el mercado nacional, por un mismo o similar procedimiento o servicio.
5. **DEDUCIBLE:** Monto o Porcentaje indicado en la Oferta de Seguro, que representa la participación económica del Asegurado y/o Dependiente en la indemnización de los reclamos, bajo las coberturas en las que aplique.
6. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.
7. **EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
8. **GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS:** Son todos aquellos costos en que incurre un Asegurado por atención médica bajo las siguientes condiciones:
 - a. Siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica.

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

- b. Permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
- 9. HOSPITAL O CLÍNICA:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.
- 10.PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
- 11.PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
- 12.RENTA HOSPITALARIA DIARIA:** Es la suma de dinero que el Asegurador se compromete a indemnizar al Asegurado o dependientes de éste, por cada día que permanezcan hospitalizados como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- 13.TERRORISMO:** Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
- 14.TOMADOR:** 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 su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en la figura del Tomador el Asegurado.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza, según su orden de prelación: la Oferta de Seguro, las Condiciones Generales y el Dersa, en caso de contradicciones entre las Condiciones Generales y el Dersa, se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.

CLÁUSULA III. COBERTURAS

El Instituto indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan, de conformidad con lo estipulado en la póliza, el plan de seguro establecido en la oferta de seguro y el pago de la prima; independientemente sí el siniestro ocurra dentro o fuera del país.

Esta póliza está conformada por un paquete de coberturas y operan únicamente en los accidentes que pudieran ocurrirle al Asegurado en condición de:

- a. Peatón.
- b. Ciclista cuando se utilice la bicicleta como medio de transporte, trabajo o recreación.

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE

CONDICIONES GENERALES

- c. Conductor de un vehículo que no preste servicio de transporte público.
- d. Pasajero de un vehículo de transporte público o privado autorizado, incluyendo ferrocarriles.
- e. Pasajero de un avión comercial sujeto a itinerarios fijos y que estén autorizados para tales efectos.
- f. Pasajero de embarcaciones comerciales sujetas a itinerarios fijos y que estén autorizadas para tales efectos.

1. Muerte Accidental a causa de Accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo:

El Instituto pagará la suma asegurada, seleccionada en la Oferta de Seguro, en caso de muerte accidental del asegurado titular al (los) Beneficiario(s) designados por él, o a este, en caso de muerte accidental del Asegurado Dependiente, en ambos casos, cuando esta ocurra como consecuencia de un accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo, siempre y cuando la muerte accidental haya ocurrido durante la vigencia de la póliza y se encuentre cubierta por esta.

2. Renta hospitalaria diaria por accidente de tránsito:

El Instituto pagará la renta diaria establecida en la Oferta de Seguro si el Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente es internado en un hospital o clínica, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del accidente cubierto por esta póliza.

La cobertura máxima será de 45 días de hospitalización por evento y un máximo general de noventa (90) días por año póliza.

En caso de ser internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, la suma a indemnizar corresponderá al doble de la renta diaria establecida.

3. Gastos médicos por accidente de tránsito:

El Instituto cubrirá al Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente los gastos médicos ambulatorios, en que incurran, de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, menos el Deducible especificado en la Oferta de Seguro, como consecuencia directa de las lesiones sufridas a causa de un accidente de tránsito ocurrido durante la vigencia de esta póliza y cubierto por esta.

La cobertura máxima por año póliza será hasta por el monto asegurado especificado en la Oferta de Seguro.

Cada una de las coberturas antes indicadas, podrán ser utilizadas sin que dependan unas de las otras.

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA IV. PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACION

Esta póliza cubre al Asegurado Titular y a su(s) Asegurado(s) Dependiente(s), siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza y se pague la prima correspondiente.

Las edades de contratación del seguro son de 18 años en adelante, tanto para el Asegurado Titular como para el Asegurado Dependiente en calidad de cónyuge o conviviente, y desde los cero (0) hasta veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días para los hijos dependientes.

Cuando el (los) Asegurado(s) Dependiente(s) hijo(s) alcance(n) la edad de veinticinco (25) años, se mantendrá(n) cubierto(s) hasta la siguiente prórroga anual, donde automáticamente será(n) excluido(s) de la póliza y cesará el amparo bajo todas las coberturas para dicho(s) dependiente(s).

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

El Asegurado Titular elegirá la suma asegurada entre las opciones indicadas en la Oferta de Seguro y estarán sujetas a las condiciones vigentes de la póliza.

El Asegurado Titular y su(s) Asegurado(s) Dependiente(s) gozarán cada uno de las mismas coberturas y montos asegurados según el plan contratado.

CLÁUSULA VI. EXCLUSIONES

Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:

- a. **Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.**
- b. **La persona asegurada cometa suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas en los términos del artículo 101 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.**
- c. **Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.**
- d. **Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
- e. **Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.**
- f. **Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.**
- g. **Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.**
- h. **El fallecimiento se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas**

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.

Para la cobertura de gastos médicos por accidente de tránsito:

- a. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado.
- b. Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.
- c. Hernias inguinales.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

CLÁUSULA VII. BENEFICIARIOS

El Asegurado Titular deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de suscribir la póliza.

En caso de no designar beneficiario, o que la designación se torne ineficaz los beneficiarios serán los herederos legales establecidos en el proceso sucesorio.

Durante la vigencia de la póliza, el Asegurado titular puede cambiar de beneficiario (s), informándolo mediante nota o en el formulario suministrado por el Instituto. Este cambio surtirá efecto desde el momento en que sea comunicado al asegurador.

Para designar como beneficiario a un menor de edad, debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

CLÁUSULA VIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

Para efectos de este contrato los deberes del Asegurado y/o Tomador son:

1. Efectuar el pago de la prima.
2. Asumir el deducible estipulado en la Oferta de Seguro en caso de utilizar la cobertura de Gastos médicos por accidente de tránsito.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA IX. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA X. PAGO DE PRIMAS

La prima podrá ser pagada según la periodicidad y medio de pago indicados en la Oferta de Seguro.

Si el Asegurado Titular elige la forma de pago anual obtendrá un descuento por pronto pago sobre la prima mensual indicada en la Oferta de Seguro, correspondiente a un 6,54% en el caso de colones y de un 4,76% en dólares.

CLÁUSULA XI. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto concederá al Asegurado Titular un período de gracia de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima.

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

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

CLÁUSULA XII AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

En caso de prórroga tácita, el Instituto tendrá la facultad de modificar la prima aplicable a la presente póliza, para adecuarla a partir de un estudio que contemple la experiencia siniestral de este plan de seguro.

Para el cálculo de la experiencia siniestral de la cartera se utiliza las primas netas pagadas y siniestros incurridos (pagados, pendientes reportados y pendientes no reportados) para un período como mínimo de tres años, y a partir de esta información se calcula el índice de siniestralidad como el resultado de la división de los siniestros incurridos entre las primas netas pagadas.

De acuerdo con el índice de siniestralidad calculado para la cartera, para la prórroga se aplicará un recargo según lo definido en la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Desde 0% hasta 30%	No aplica
Más de 30% hasta 50%	Recargo de 27%
Más de 50% hasta 70%	Recargo de 56%
Más de 70% hasta 90%	Recargo de 85%
Más de 90%	Recargo de 100%

Las modificaciones indicadas en esta cláusula deberán ser comunicadas al Asegurado con treinta (30) días de anticipación a la fecha del vencimiento de la vigencia en curso.

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) deberán presentar los requisitos para el trámite de reclamos ante el Operador de Seguros Autoexpedible o el Intermediario de Seguros Autorizado con el cual adquirió la póliza o en alguna Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

Para tal trámite el Instituto pone a disposición los siguientes medios de comunicación:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Correo Electrónico: contactenos@ins-cr.com.

El Asegurado autoriza al Instituto y da su consentimiento expreso para que se grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización

Para todas las coberturas se deberá presentar:

- a. Carta del Asegurado o del (los) Beneficiario (s) solicitando la indemnización.
- b. En el caso de extranjeros deberán presentar fotocopia del Documento de Identidad Migratoria para Extranjeros o del pasaporte.
- c. Firmar el formulario de autorización para consulta de expediente médico.
- d. En caso de siniestro amparado por esta póliza del Asegurado Dependiente se debe demostrar la condición de cónyuge o persona que cohabita con el Asegurado Titular, mediante documento extendido por el Registro Civil o en su defecto Declaración Jurada ante Notario Público. En el caso de los hijos dependientes se debe demostrar la edad cumplida.
- e. Si el siniestro se presenta en el extranjero se deberá aportar el(los) documento(s) probatorio(s) que respalde el mismo, debidamente consularizados o apostillados.

Adicionalmente, para las coberturas que se indican de seguido, se deben presentar los siguientes documentos:

1. Muerte Accidental por accidente de tránsito.

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE

CONDICIONES GENERALES

Certificado original de defunción expedido por el Registro Civil, en el cual se especifique la causa de la muerte, debe constar el tomo, folio y asiento correspondientes.

Fotocopia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

En caso de que la muerte accidental ocurra en el extranjero se deberá aportar el documento oficial, mediante el cual se certifica la causa de la muerte en el país de ocurrencia del deceso, así como la fotocopia completa del expediente judicial o cualquier otro documento probatorio que respalde el mismo.

2. Renta Hospitalaria Diaria por accidente de tránsito:

Constancia de la hospitalización, en la que se detalle el diagnóstico, causa, días que permaneció el Asegurado hospitalizado debidamente firmada por el médico tratante y refrendada por el hospital o clínica. En caso de haber estado internado en la Unidad de Cuidados Intensivos, se deben indicar la cantidad de días que permaneció en dicha unidad.

3. Gastos Médicos por accidente de tránsito:

- a. Facturas (autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- b. Prescripciones y recetas médicas.
- c. Resultados de los exámenes.
- d. En caso de que los gastos se deban a tratamientos odontológicos cubiertos por la póliza, se deberá aportar la ficha odontológica (documento que detalla el procedimiento llevado a cabo) y los resultados de pruebas realizadas (entiéndase radiografías, otros, en caso de que sea prescrito para el tratamiento).
- e. Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.

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

CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCION DE RECLAMACIONES

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación y la totalidad de los requisitos. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

CLÁUSULA XV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Autoexpedible Individual.

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, es prorrogable de manera tácita salvo que el asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

El Instituto no dará por terminado de forma anticipada este seguro, salvo disposición legal en contrario.

CLÁUSULA XVI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. La falta de pago de la prima de conformidad con el artículo 37 de la Ley 8956.
2. Si el Asegurado incumple con la Ley 8204.
3. Fallecimiento del Asegurado Titular.

CLÁUSULA XVII. CANCELACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado.

En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en la fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Cuando corresponda la devolución de primas, el cálculo respectivo se realizará a prorrata, deduciendo un veinticuatro (24%) por ciento por concepto de gastos administrativos a la prima no devengada. El reintegro respectivo se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XVIII. RECTIFICACION DE LA POLIZA

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

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

CLÁUSULA XIX. DERECHO DE RETRACTO

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE

CONDICIONES GENERALES

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza y no se haya presentado alguna reclamación, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado.

CLÁUSULA XX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza, que se realicen entre el Asegurado y el Instituto, se efectuarán en la moneda que se haya pactado el seguro, ya sea colones o dólares.

Para cualquier conversión que se deba realizar en relación con los montos indicados en el seguro, se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

CLÁUSULA XXI. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de disconformidades del Asegurado por ver afectados sus derechos como consumidor o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, podrá interponer la denuncia ante la instancia denominada Contraloría de Servicios: 2287-6161 / 800INSContraloria / cservicios@ins-cr.com. Esta instancia deberá resolver en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la presentación de la denuncia. Agotada esta instancia podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

Serán competentes para resolver las discrepancias los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, o bien, cuando así lo acuerden las partes, podrán ser resueltas a través de mecanismos 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 XXII. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica.

En todo lo que no esté previsto en este contrato de seguro se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus Reglamentos, Ley 8204 Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y sus reformas y la normativa que la complementa, el Código de Comercio y el Código Civil.

SEGURO ACCIDENTES DE TRÁNSITO AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.

CLÁUSULA XXIII. COMUNICACIONES

El Asegurado en todo momento podrá comunicarse con el Instituto el cual pone a disposición los siguientes medios:

Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)

Correo Electrónico: contactenos@ins-cr.com

El Instituto emitirá las comunicaciones necesarias al correo electrónico reportado por el Asegurado en la Oferta de Seguro.

SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO.

CLÁUSULA XXIV. REGISTRO DEL PRODUCTO

Registro en SUGESE número P19-57-A01-924 de fecha 16 de julio del 2021.

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

SEGURO ACCIDENTES DE TRANSITO AUTOEXPEDIBLE Código de Registro: P19-57-A01-924 de fecha 16 de julio del 2021

Este es un Documento Estandarizado Resumen de Seguro Autoexpedible (Dersa), por tanto, **NO CONTIENE todas las condiciones del contrato, las cuales podrá encontrar en el enlace www.ins-cr.com**

Aseguradora:



Medios de Contacto:

Dirección de Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José.
Teléfonos de contacto: 800-Teleins (800-835-3467) o bien al (+506) 2287-6000
Correo electrónico de contacto: contactenos@ins-cr.com

Información sobre el producto:

Información y Condiciones Generales: www.ins-cr.com/
Instancia de protección al consumidor: Contraloría de Servicios: 2287-6161 /800INSContraloria/ csesticios@ins-cr.com

BENEFICIOS DEL SEGURO

Opera en los accidentes que pudieran ocurrirle al Asegurado en condición de:

- Peatón.
- Ciclista cuando se utilice la bicicleta como medio de transporte, trabajo o recreación.
- Conductor de un vehículo que no preste servicio de transporte público.
- Pasajero de un vehículo de transporte público o privado autorizado, incluyendo ferrocarriles.
- Pasajero de un avión comercial sujeto a itinerarios fijos y que estén autorizados para tales efectos.
- Pasajero de embarcaciones comerciales sujetas a itinerarios fijos y que estén autorizadas para tales efectos.

Brinda una indemnización en caso de fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente de tránsito, aviación, ferroviario, o marítimo, además de contar con una cobertura de renta hospitalaria diaria por accidente, en la cual se paga un monto asegurado si como consecuencia de un accidente cubierto es internado en un hospital o clínica público o privado, duplicando dicha renta en caso de un internamiento en UCI, hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días por evento.

Adicionalmente posee una cobertura de gastos médicos por accidente, con un deducible y cobertura máxima por año póliza que se especifica claramente en la Oferta de Seguro.

Bajo un mismo contrato póliza se puede incluir tanto al Asegurado Titular como sus Dependientes, según los términos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.

EXCLUSIONES

Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:

- Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.
- La persona asegurada cometa suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas en los términos del artículo 101 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

- c. Lesiones que le hayan sido causadas al Asegurado por una tercera persona en colusión con aquel.
- d. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.
- e. Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.
- f. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del tomador, asegurado o beneficiario.
- g. Cuando la persona asegurada fallezca durante la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.
- h. El fallecimiento se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacentes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.

Para la cobertura de gastos médicos por accidente de tránsito:

- a. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del asegurado.
- b. Reposición de anteojos, lentes de contacto y sus prescripciones, así como aparatos auditivos.
- c. Hernias inguinales.

DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

1. Efectuar el pago de la prima.
2. Asumir el deducible estipulado en la Oferta de Seguro en caso de utilizar la cobertura de Gastos médicos por accidente de tránsito

El Asegurado Titular deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de suscribir la póliza. En caso de no designar beneficiario, o que la designación se torne ineficaz los beneficiarios serán los herederos legales establecidos en el proceso sucesorio Para designar como beneficiario a un menor de edad, debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia.

RECLAMO Y PLAZOS APLICABLES

Para solicitar el pago de la indemnización, el Asegurado o el (los) Beneficiario (s) designados deberán presentar los requisitos indicados en las Condiciones Generales, según la cobertura, ante el Operador de Seguros Autoexpedible, el Intermediario de Seguros Autorizado con el cual adquirió la póliza o en alguna Sede del Instituto, en un plazo no mayor de sesenta (60) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación y la totalidad de los requisitos. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

MEDIOS DE PAGO DE LA PRIMA

- Ingresando a www.ins-cr.com
- Centro de Contactos: 800-TeleINS (800-8353467)
- Directamente en las Oficinas Centrales del Instituto, o sus Sedes o representantes autorizados.

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

VIGENCIA DEL SEGURO

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, es prorrogable de manera tácita. Su forma de pago puede ser mensual o anual.

En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a cservicios@ins-cr.com o llame a la línea gratuita 800-TeleINS (800-8353467), si ésta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia General de Seguros con gusto lo orientará mediante el correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

En caso de contradicción entre lo dispuesto en el Dersa y los demás documentos de la póliza, privará lo más beneficioso para el consumidor de seguros. Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.

El tomador, indicado adelante, acepta la presente propuesta de seguro mediante la cual, la aseguradora el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS se compromete al cumplimiento de las condiciones de la póliza que se ha puesto en conocimiento del tomador por medio de envío al correo electrónico establecido. Este documento conforma igualmente la constancia del aseguramiento.

LUGAR Y FECHA

Lugar:	Fecha:
--------	--------

COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL TOMADOR SEA DISTINTO AL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL TOMADOR	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Identificación:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Identificación:
	Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Teléfono de contacto:	Dirección Electrónica:
	Dirección Exacta del Domicilio Actual:		
	Provincia:	Cantón:	Distrito:

DATOS ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)	Nº	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Parentesco	
	1							
	2							
	3							
	4							

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	Nº	Apellidos	Nombre	Cédula	Parentesco	Porcentaje de participación	Teléfono de contacto	
	1							
	2							
	3							
	4							

Para designar como beneficiario a un menor de edad, debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia

PLAZO DE VIGENCIA

Vigencia:	Desde:	Día / Mes / Año	Hasta:	Día / Mes / Año
-----------	--------	-----------------	--------	-----------------

COLONES

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO	Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS			Opción Aseguramiento Familiar	Prima Mensual (individual)	Prima Mensual Grupo Familiar
		Muerte Accidental a causa de Accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo	Renta hospitalaria diaria por accidente de tránsito	Gastos médicos por accidente de tránsito			
<input type="checkbox"/>		¢5 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢1 229,00	
<input type="checkbox"/>		¢10 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢1 580,00	
<input type="checkbox"/>		¢15 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢1 933,00	
<input type="checkbox"/>		¢20 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢2 286,00	
<input type="checkbox"/>		¢25 000 000	¢50 000	¢200 000	<input type="checkbox"/>	¢2 637,00	

En caso de requerirlo, puede comunicarse con el Instituto Nacional de Seguros por alguno de los siguientes medios:

Dirección electrónica: www.ins-cr.com / Consultas: contactenos@ins-cr.com / Contraloría: cservicios@grupoins.com / Teléfono: 2287-6161 / 800INSContraloría.

DÓLARES

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

Marque con X la opción a contratar	COBERTURAS			Opción Aseguramiento Familiar	Prima Mensual (individual)	Prima Mensual Grupo Familiar
	Muerte Accidental a causa de Accidente de tránsito, aviación, ferroviario o marítimo	Renta hospitalaria diaria por accidente de tránsito	Gastos médicos por accidente de tránsito			
<input type="checkbox"/>	\$10 000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$2,41	
<input type="checkbox"/>	\$20 000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$3,10	
<input type="checkbox"/>	\$30 000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$3,79	
<input type="checkbox"/>	\$40 000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$4,49	
<input type="checkbox"/>	\$50 000	\$100	\$400	<input type="checkbox"/>	\$5,17	

La cobertura de Gastos médicos por accidente de tránsito tiene un deducible fijo de ₡20.000 colones ó \$40,00 según la moneda de la opción contratada.

Para determinar la prima anual en colones deberá aplicar un descuento del 6,54% a la prima mensual y multiplicar por 12, para dólares deberá aplicar un descuento del 4,76% a la prima mensual y multiplicar por 12.

Los costos de primas citados anteriormente ya cuentan con el 2% de impuesto al valor agregado.

OTROS TEMAS

FORMA DE ASEGURAMIENTO

INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO.

Aseguramiento por cuenta propia Aseguramiento por cuenta de un tercero

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE PRIMAS MEDIANTE CARGO AUTOMÁTICO

Nombre del tarjetahabiente:		Tipo de Tarjeta:	
		<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Número de Tarjeta / Cuenta:		Fecha de vencimiento:	Número de Póliza:
Moneda:	Forma de Pago de la Prima de Seguro:	Monto a Cargar:	El Cargo Será a Partir de:
<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

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

La suscripción de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.

TEMAS ADICIONALES


- El Asegurado ha declarado que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además ha manifestado que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.
- El Asegurado ha sido enterado que la cobertura de esta Póliza está sujeta al pago de prima en los plazos y montos establecidos en el presente documento.

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO / INTERMEDIARIO DE SEGUROS / ASEGURADORA

NOTIFICACIONES

El Asegurado indica que el medio por el cual desea ser notificado sea: _____

FIRMAS CORRESPONDIENTES

Tomador o Asegurado	Intermediario	Instituto Nacional de Seguros
<p>Declaro que la información provista en este formulario es fiel y verdadera, por tanto, acepto que cualquier omisión o falsedad en los datos suministrados causaría la cancelación de los contratos de seguros; asimismo, mientras exista una relación comercial, me comprometo a mantener informado al INS sobre los cambios que puedan presentarse a futuro, con respecto a dicha información.</p> <p>Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.</p> <p>Las Condiciones Generales y DERSA de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.ins-cr.com</p> <p>Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467), el correo electrónico contactenos@ins-cr.com y nuestras oficinas centrales ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.</p> <p>Autorizo al INS para acceder a bases de datos de empresas comercializadoras y entidades públicas o cualquier otra similar, para verificar datos, información personal, sean datos personales de acceso irrestricto o de acceso restringido, incluyendo la fotografía del documento de identidad y otros, permitidos de conformidad con la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales N°8968.</p> <p>_____</p> <p align="center">Nombre completo e identificación del Tomador</p> <p>_____</p> <p align="center">Firma del Tomador</p> <p>_____</p> <p align="center">Nombre completo e identificación del Asegurado</p> <p>_____</p> <p align="center">Firma del Asegurado</p>	<p>_____</p> <p align="center">Nombre y Código de Intermediario</p> <p>_____</p> <p align="center">Correo electrónico Intermediario</p> <p>_____</p> <p align="center">Número Teléfono Intermediario</p> <p>_____</p> <p align="center">Dirección Física del Intermediario</p>	<p align="center">INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</p>  <p align="center"> <small> José Arévalo Ascensio Gerente General a.i. Cédula jurídica 4-000-001902 </small> </p>

Registro en SUGESE número P19-57-A01-924 de fecha 16 de julio del 2021.