



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

TABLA CONTENIDO

A. DEFINICIONES	3
B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA Y SU ORDEN DE PRELACIÓN.....	4
C. ÁMBITO DE LA COBERTURA	4
D. RIESGOS CUBIERTOS	4
E. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.....	7
F. SUMA ASEGURADA.....	8
G. ALCANCE TERRITORIAL.....	8
H. PERÍODO DE COBERTURA.....	8
I. EXCLUSIONES	8
J. BENEFICIARIOS.....	9
K. OBLIGACIONES DEL TOMADOR O ASEGURADO.....	9
L. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	10
M. PRIMA	10
N. PAGO DE LA PRIMA	10
O. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA	10
P. PERÍODO DE GRACIA	10
Q. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS Y ASISTENCIAS	11
R. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	13
S. VIGENCIA Y PRÓRROGA	14
T. CANCELACIÓN ANTICIPADA	14
U. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	14
V. DERECHO DE RETRACTO	15
W. CONDICIONES VARIAS	15
1. MONEDA.....	15
2. LEGISLACIÓN APLICABLE	15
X. OTROS SEGUROS.....	15
Y. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.....	16
Z. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	16

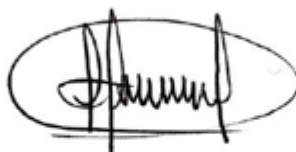
**CONDICIONES GENERALES
SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE****COMPROMISO DE LA ASEGURADORA**

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.

Firma del representante legal

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



MBA. Luis Fernando Monge Salas
Gerente General
Cédula Jurídica 4-000-001902



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

A. DEFINICIONES

Las definiciones a continuación deben entenderse así en el contenido de la 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 un médico.
2. **ASEGURADO:** Persona física, estudiante y residente en la República de Costa Rica, que está expuesta a los riesgos asegurados. Para efectos de esta Póliza, el Asegurado se puede asegurar por cuenta propia o de un tercero (tomador).
3. **COASEGURO:** Es el porcentaje específico que se aplica a los gastos cubiertos, una vez superado el deducible, en las coberturas en las que aplique.
4. **CONSOLIDACIÓN:** Proceso que ocurre posterior a una fractura ósea de la cual resultan dos segmentos óseos, que permite a cada una de las partes del hueso fracturado unirse y solidificarse hasta su unión completa.
5. **DEDUCIBLE:** Porcentaje que representa la participación económica del Asegurado en la indemnización de los reclamos, bajo las coberturas en las que aplique.
6. **FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO:** Grupo de habilidades mentales que incluyen la memoria funcional, el pensamiento flexible y el autocontrol. Las dificultades del funcionamiento ejecutivo pueden ser un impedimento para concentrarse, seguir instrucciones y manejar las emociones, entre otras cosas.
7. **GASTO MÉDICO POR ACCIDENTE:** Es aquel gasto médico en que el Asegurado pueda incurrir por concepto de honorarios médicos, gastos farmacéuticos, hospitalarios o quirúrgicos necesarios para el restablecimiento de su salud a consecuencia de sufrir un accidente cubierto.
8. **HOSPITAL O CLÍNICA MÉDICA:** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorizado por el Ministerio de Salud para el servicio e internamiento médico de pacientes.
9. **INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE:** Producida como consecuencia de un accidente originado después de la suscripción del seguro. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica de menos del sesenta y siete por ciento (67%), declarada médicamente.
10. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Producida como consecuencia de un accidente originado después de la suscripción del seguro. Corresponde, de acuerdo con la declaración médica, a la incapacidad por alteración o debilitamiento del estado físico o mental del Asegurado, que produzca la pérdida del sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional y que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.
11. **MEDICINA DEPORTIVA Y ORTOPEDIA:** Se consideran Medicina del Deporte y Ortopedia los problemas relacionados con músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, bursas, meniscos y cartílagos.
12. **MÉDICO:** Persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana en Costa Rica y calificada para efectuar el tratamiento y/o diagnóstico requerido.
13. **OFERTA DE SEGURO:** Documento con la oferta realizada por el Instituto y cuya aceptación por parte del Tomador o Asegurado perfecciona el contrato de seguro.
14. **PÉRDIDA TOTAL:** Se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
15. **R.A.:** Costo razonable y acostumbrado vigente en el territorio nacional, donde se requiera el servicio o tratamiento médico descrito en las condiciones generales.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

- 16. SERVICIO DE ASISTENCIA:** Conjunto de servicios técnicos y/o profesionales que tienen por objeto respaldar al Asegurado, ante eventos adversos amparados en las presentes condiciones.
- 17. SINIESTRO / EVENTO:** Manifestación concreta del riesgo asegurado que hace exigible la obligación del asegurador.
- 18. TERRORISMO:** Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
- 19. TOMADOR:** Persona física que contrata el seguro y traslada los riesgos al Asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el tomador la figura del Asegurado y en los casos donde éste sea menor de edad, el tomador podrá ser uno de sus padres o su encargado.

B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA Y SU ORDEN DE PRELACIÓN

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 más favorezca al consumidor del seguro.

C. ÁMBITO DE LA COBERTURA

Cubre los accidentes que le puedan ocurrir al Asegurado en su centro de enseñanza o en su vida particular, durante las veinticuatro (24) horas del día, mientras esta póliza se encuentre vigente.

D. RIESGOS CUBIERTOS

1. COBERTURA BÁSICA DE MUERTE ACCIDENTAL

El Instituto pagará a los beneficiarios designados, la suma asegurada contratada en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto. Se considera cubierto el fallecimiento ocurrido inmediatamente o dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente.

2. COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Se cubren mediante R.A., los gastos médicos en que incurra el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza durante la vigencia de ésta y hasta agotar el monto de la suma asegurada contratada.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

3. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

En caso de que el Asegurado sufra una incapacidad permanente, total o parcial, como consecuencia de un accidente, el Instituto le indemnizará aplicando a la suma asegurada contratada el porcentaje correspondiente al grado de incapacidad permanente, con base en la Tabla de Indemnizaciones por Incapacidad incorporada a continuación:

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD

Incapacidad Total y Permanente por Accidente	Porcentaje
Estado absoluto e incurable de deficiencia mental que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente	100%
Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente	
I. 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%
II. Miembros Superiores	
Pérdida total del miembro superior derecho o izquierdo	58%
Pérdida total de una mano	51%
Fractura o lesiones múltiples de la mano (rigidez total)	40%
Rigidez del hombro en posición no utilizable	27%
Rigidez del codo en posición no utilizable	22%
Rigidez del codo en posición utilizable	18%
Rigidez de la muñeca en posición no utilizable	18%
Rigidez de la muñeca en posición utilizable	13%
Pérdida total del dedo pulgar	16%
Pérdida total del dedo índice	12%
Pérdida total del dedo medio	8%
Pérdida total del dedo anular o el meñique	7%
III. Miembros Inferiores	
Pérdida total del miembro inferior derecho o izquierdo	55%
Pérdida de un pie	40%
Cicatrización anormal de la fractura de un fémur	35%
Cicatrización anormal de la fractura de una rótula	30%
Cicatrización anormal de la fractura de la tibia	35%
Fracturas o lesiones múltiples de un pie (rigidez total)	20%
Rigidez de la cadera en posición no utilizable	40%

**CONDICIONES GENERALES
SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE**

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 del pie) en posición no utilizable	15%
Rigidez del tobillo en posición utilizable	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida total de dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otros dedos del pie	4%

Aspectos a tomar en cuenta por el Asegurado para la presente cobertura:

- La pérdida parcial de los miembros u órganos antes descritos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la correspondiente capacidad funcional.
- Si la incapacidad se deriva de una consolidación anormal, la indemnización no podrá exceder del setenta por ciento (70%) de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.
- El porcentaje de incapacidad lo determina la Jefatura Médica del Hospital del Trauma, con base en lo que se establece en el Título IV del Código de Trabajo.
- La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo si se produce 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 tratare del pulgar y a la tercera parte por cada falange, si se tratare de otros dedos.
- Por pérdida de varios miembros u órganos se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total exceda el cien por ciento (100%) de la suma asegurada contratada.
- Cuando la indemnización sea por Incapacidad Total y Permanente, del pago de la suma asegurada se le deducirán los montos que se hubiesen pagado al Asegurado por concepto de Incapacidad Parcial y Permanente previo a ésta declaratoria.

4. SERVICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA ESTUDIANTIL:

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA: El Asegurado se pondrá en contacto vía telefónica, para que se le brinde: orientación pedagógica para resolución de dudas académicas y dificultades del funcionamiento ejecutivo al iniciar tareas, orientación en psicología; referencias de actividades y panoramas educativos escolares, referencias de tutores, nutricionistas, psicólogos, precios de útiles escolares e información sobre cine, conciertos, teatros, museos, restaurantes, arrendadoras de vehículos, hoteles y empresas de fumigación.

Límites:

Orientación pedagógica y psicológica: Tres (3) orientaciones en el año póliza, ya sea que se utilicen las tres (3) orientaciones en una sola especialidad o en combinación de especialidades.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

5. SERVICIO OPCIONAL DE ASISTENCIA PROTECCIÓN COVID-19:

SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y COORDINACIÓN: Se le brindarán al Asegurado los servicios de orientación médica telefónica para la utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas farmacéuticas en general e interpretación de exámenes de laboratorio y se le coordinará descuentos en pruebas de diagnóstico COVID-19.

Este servicio se brinda sin límite de eventos y no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá medicamentos vía telefónica.

Adicional y derivado de una hospitalización por COVID-19 contará con servicio de traslado terrestre en ambulancia, regreso a su domicilio, servicio de mensajería y transporte de artículos personales.

Límites:

Traslado terrestre en ambulancia: Un (1) traslado en el año póliza, con un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros del lugar donde se recoja al paciente al centro hospitalario.

Regreso a su domicilio: Un (1) evento en el año póliza, con un desplazamiento máximo de cuarenta (40) kilómetros del centro hospitalario hasta el domicilio del Asegurado.

Servicio de mensajería: Tres (3) eventos en el año póliza, con un desplazamiento máximo de veinticinco (25) kilómetros del lugar en donde se recojan los documentos hasta un único destino solicitado.

Transporte de artículos personales: Tres (3) eventos en el año póliza, con un desplazamiento máximo de veinticinco (25) kilómetros del lugar donde se recojan los artículos hasta el centro hospitalario.

E. CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- En caso de que el Asegurado sea menor de edad, los servicios pueden ser solicitados por el Tomador, siempre y cuando el beneficio sea brindado para el Asegurado.
- Todos los servicios de asistencia serán brindados por los proveedores del Instituto, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del Asegurado.
- Los servicios telefónicos serán brindados sin límite de eventos en el año póliza, a excepción de los servicios de orientación psicológica y pedagógica que sí tienen su límite.
- El Instituto quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

F. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada cobertura se establece en la Oferta de Seguro de acuerdo con el plan contratado y serán los montos máximos de responsabilidad por parte del Instituto.

G. ALCANCE TERRITORIAL

Las coberturas y asistencias del presente seguro garantizan al Asegurado protección dentro de la República de Costa Rica.

H. PERÍODO DE COBERTURA

El seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de vencida la vigencia. Esto último no aplica para los servicios de asistencia.

I. EXCLUSIONES

Exclusiones generales para todas las coberturas y las asistencias:

No se cubrirá ninguna reclamación relacionada con las siguientes exclusiones:

- 1. Guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
- 2. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.**
- 3. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del tomador, Asegurado o beneficiario.**
- 4. Condiciones, padecimientos o situaciones existentes previas (preexistencia) a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**
- 5. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado y/o Tomador o beneficiario.**
- 6. Riñas o peleas.**
- 7. El fallecimiento, lesiones y gastos médicos que se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
- 8. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo como: Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones,**



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.

9. Deportes practicados en forma profesional; así como, la participación en los siguientes deportes, independientemente de que se practiquen en torneos o no: paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, buceo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.
10. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del Asegurado.
11. Se excluyen los gastos médicos cuando el Médico tratante sea el mismo Asegurado, intermediario de seguros, operador de seguros autoexpedibles, socio, empleado del Asegurado o familiar de éste hasta tercer grado de afinidad o consanguinidad.
12. No se consideran gastos médicos por accidente los incurridos por hernias y sus consecuencias, curas de reposo, períodos de cuarentena o aislamiento, aparatos auditivos, lentes o anteojos, prótesis, órtesis, miembros artificiales, aparatos/equipos ortopédicos, atenciones fuera de un hospital o clínica médica, gastos por acompañantes.

Exclusión específica del Servicio Opcional de Asistencia Protección COVID-19:

1. Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.

J. BENEFICIARIOS

En caso de Muerte Accidental la suma asegurada será pagada a los beneficiarios designados en la Oferta de Seguro; o bien, al padre y a la madre en partes iguales o en su defecto a los herederos legales establecidos en el procedimiento sucesorio según las leyes costarricenses.

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

K. OBLIGACIONES DEL TOMADOR O ASEGURADO

1. Ser estudiante matriculado en un Centro de Educación reconocido por el Ministerio de Educación Pública, una universidad reconocida por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) o guarderías infantiles y hogares escuelas con el permiso vigente de funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud, al momento de suscribir el seguro.
2. Proporcionar al Instituto toda la información requerida de forma completa y veraz.
3. Efectuar el pago de la prima.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

L. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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.

M. PRIMA

La prima es el precio que le corresponde pagar al Asegurado y/o Tomador según corresponda y es indicada en la Oferta de Seguro según el plan contratado.

N. PAGO DE LA PRIMA

La prima deberá ser pagada en un solo tracto.

O. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

En caso de prórroga automática, 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.

De acuerdo con el índice de siniestralidad calculado para la cartera durante su último año, 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 27.87%	No aplica
Más de 27.87% hasta 47.87%	Recargo de 20%
Más de 47.87% hasta 67.87%	Recargo de 44%
Más de 67.87% hasta 87.87%	Recargo de 68%
Más de 87.87%	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.

P. PERÍODO DE GRACIA

En caso de prórroga el Instituto concederá un período de gracia de treinta (30) días hábiles a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima. En caso de no efectuarse



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

el pago dentro del período de gracia indicado, la póliza quedará cancelada y se le notificará al Asegurado o Tomador.

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.

Q. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS Y ASISTENCIAS

Dar aviso al Instituto sobre la ocurrencia del evento, previo a incurrir en cualquier gasto al Call Center de Servicio al Cliente **800-TeleINS (800-8353467)**, para asistencias comunicarse al 4404-1544, en donde también podrán solicitar informes actualizados de los proveedores del Instituto. El Asegurado, o Tomador cuando corresponda, deberá tomar en cuenta que los servicios de asistencia serán autorizados por el Instituto, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con órdenes de autoridades competentes.

El Asegurado o Tomador 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, así como para la solicitud de servicios de asistencia, 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 y asistencias.

Requisitos que se deben presentar:

1. Para todo reclamo:
 - Copia de documento de identidad o constancia de nacimiento del Asegurado.
2. En caso de Muerte Accidental:
 - Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
 - Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la muerte.
 - Fotocopia del documento de identificación del beneficiario, en caso de ser menor de edad se deberá presentar la constancia de nacimiento.
 - Fotocopia de la sumaria completa extendida por la autoridad judicial competente y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre y sus respectivos resultados.
3. En caso de Gastos Médicos por Accidente:
 - Formulario "Solicitud de Beneficios" cumplimentado, el cual se brinda en las Sedes del INS.
 - Considerar el proceso indicado en el apartado "Utilización de la Cobertura de Gastos Médicos por Accidente" indicado más adelante.
 - Facturas electrónicas por los gastos efectuados, debidamente detallados.
 - Prescripción de medicamentos, exámenes y otros.
 - Epicrisis, en el caso que aplique.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

- Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos firmada por el Asegurado o su representante.
4. En caso de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente:
- Incapacidad Parcial y Permanente: Certificado del médico tratante con diagnóstico en el que se indique causa y lesión determinada, nombre del miembro afectado y lateralidad, cuando no fue tratado por el INS, en cuyo caso se coordinará una cita con la Jefatura Médica del Hospital del Trauma, para que le fijen el porcentaje de incapacidad.
 - Incapacidad Total y Permanente: Certificado médico con diagnóstico en el que se determine que, el Asegurado pierde el sesenta y siete por ciento (67%) o más de su capacidad orgánica o funcional lo que le impide desempeñarse en su profesión o actividad habitual y se indique que la incapacidad se otorga "No sujeta a revisión", el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración.

Será responsabilidad del Instituto disponer de las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida, sin que esto signifique solicitar requisitos adicionales al Asegurado.

Utilización de la cobertura de Gastos Médicos por Accidente

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos por accidente, cuenta con libre elección médica; o bien, puede utilizar los servicios en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma.

1. Utilización de servicios por libre elección médica:

El Asegurado puede optar por recibir atención en el hospital o clínica médica de su preferencia, sujeto a las siguientes condiciones:

- a. Aplicación de deducible del cinco por ciento (5%) al total de los gastos médicos presentados.
- b. Aplicación del coaseguro posterior al deducible según corresponda a:
 - Un veinte por ciento (20%) en los gastos por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.
 - Un cuarenta por ciento (40%) a partir de la segunda consulta, cuando no es una fractura.
 - Un cuarenta por ciento (40%) a todas las terapias.
 - Un cuarenta por ciento (40%) a inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos.
- c. 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 al momento del accidente.
- d. Para los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia, se deberá considerar lo siguiente:
 - La primera consulta, 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.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

- No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente.
- El número de sesiones de rehabilitación se limita a cinco (5) por accidente, y máximo diez (10) por año póliza, indistintamente del número de eventos presentados por el Asegurado. Cuando en un mismo evento se requieran más de cinco (5) sesiones, deberá solicitarse autorización previa al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de diez (10) sesiones.

2. Utilización de servicios en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma.

Se procederá de la siguiente manera:

- a. No se limita la cantidad de consultas.
 - b. No se aplicará deducible ni coaseguro.
 - c. La prestación de servicios referente a las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
 - Se podrá realizar el tratamiento subsecuente, a pesar de que las primeras consultas fueron realizadas en otros lugares.
 - No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.
 - El Hospital del Trauma 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.
 - Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, hacia el Hospital del Trauma o hacia Centros Médicos Referenciales y Regionales. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:
 - 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).
 - Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos por acuerdos de Junta Directiva 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.

3. Transporte de emergencia en ambulancia

Se cubrirá por reembolso el transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente con un máximo de diez mil colones (¢10.000.00) por accidente.

R. PLAZO DE RESOLUCIÓN 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 establecidos para cada caso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

Para consultas sobre el trámite de los reclamos presentados: **800-TeleINS (800-8353467)**.

S. VIGENCIA Y PRÓRROGA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de autoexpedible individual y tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción indicada en la Oferta de Seguro. La vigencia de la cobertura figura en la Oferta de Seguro y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Esta póliza es prorrogable tácitamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que se exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. Una vez que el Asegurado o Tomador reciba la notificación de modificación de la prima, éste podrá solicitar la terminación de la póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación del Instituto. En caso de que, no solicite la terminación de la póliza, se considerará que se ha aceptado la modificación de la prima del seguro.

T. CANCELACIÓN ANTICIPADA

Esta póliza se cancelará anticipadamente a solicitud expresa del Asegurado o Tomador, dentro del período de cobertura de la póliza. En caso de que existan primas no devengadas, se procederá con la devolución de las mismas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación del seguro.

El Instituto, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada el seguro.

U. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. La falta de pago de la prima y notificación de terminación del contrato, de conformidad con el artículo 37 de la Ley 8956.
2. Si el Asegurado incumple con la Ley 8204.
3. Si el Asegurado se encuentra incluido en alguna de las listas de sanciones económicas emitidas por Office of Foreign Assets Control (OFAC) del Departamento de Tesoro de los Estados Unidos y/o de las Naciones Unidas.
4. Fallecimiento del Asegurado.



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

V. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado o Tomador, 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 se haya pagado.

W. CONDICIONES VARIAS

1. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza, que se realicen entre el Asegurado y el Instituto, se efectuarán en colones.

2. 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.

X. OTROS SEGUROS

En caso de que el Asegurado gozara de otro u otros seguros de otras compañías de seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por el Instituto, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto, para lo cual el Instituto coordinará los pagos con las otras compañías.

Si varias pólizas de este Seguro, expedidas por el Instituto al Asegurado, estuvieran en vigor simultáneamente en el momento de la ocurrencia del evento amparado por la póliza, se sumarán los montos asegurados contratados para la cobertura de Gastos Médicos y podrán operar de forma conjunta, siempre y cuando no supere la opción máxima asegurada que se ofrece en dicha cobertura.

Si existen varias pólizas vigentes que sumando los montos asegurados en la cobertura de Gastos Médicos excedan el monto de la opción mayor indicado en la Solicitud de Seguro, las primas pagadas por la (s) otra (s) póliza (s) será (n) devuelta (s) al Asegurado, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación de la póliza, excepto en el caso en que la póliza haya presentado reclamos, en cuyo caso la prima se dará por totalmente devengada.

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



CONDICIONES GENERALES SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

Y. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

En caso de disconformidades del Asegurado o Tomador 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.

Z. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

El Asegurado o Tomador en todo momento podrán comunicarse con el Instituto al Call Center de Servicio al Cliente descrito en las presentes condiciones. El Instituto emitirá las comunicaciones necesarias al correo electrónico reportado por el Asegurado o Tomador en la Oferta de Seguro.

Registro en SUGESE número **P19-57-A01-903 con fecha 27 de mayo del 2022.**



Dersa Estudiantil
(Remozamiento IV) 3C



SEGURO ESTUDIANTIL INS AUTOEXPEDIBLE

Código de Registro: P19-57-A01-903 con fecha 27 de mayo del 2022.

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:



Instituto Nacional de Seguros

Medios de Contacto:

Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José.

800-TeleINS (800-8353467)

cservicios@ins-cr.com

Información sobre el producto: www.ins-cr.com/

Condiciones Generales: www.ins-cr.com/

Instancia de protección al consumidor: Contraloría de Servicios: 2287-6161 / 800INSContraloria/

cservicios@ins-cr.com

BENEFICIOS DEL SEGURO

Cubre los accidentes que le puedan ocurrir al Asegurado en su centro de enseñanza o en su vida particular, durante las veinticuatro (24) horas del día mientras esta póliza se encuentre vigente.

La suma asegurada para cada cobertura se establece en la Oferta de Seguro de acuerdo con el plan contratado y serán los montos máximos de responsabilidad por parte del Instituto.

1. COBERTURA BÁSICA

Muerte Accidental

2. COBERTURAS ADICIONALES

Gastos Médicos por Accidente incurridos por la libre elección médica; o bien, al utilizar los servicios en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma.

Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente

3. SERVICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA ESTUDIANTIL

Orientación Telefónica

4. SERVICIO OPCIONAL DE ASISTENCIA PROTECCIÓN COVID-19

Servicios Médicos de Coordinación



CONDICIONANTES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Cada asistencia cuenta con sus limitaciones por evento, distancia, costo y duración, estos podrán ser revisados en las Condiciones Generales. Además, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a. Todos los servicios de asistencia serán brindados por los proveedores del Instituto, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del Asegurado.
- b. Los servicios telefónicos serán brindados sin límite de eventos en el año póliza, a excepción de los servicios de orientación psicológica y pedagógica que sí tienen su límite.
- c. El Instituto quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el Asegurado pueda llegar a realizar.

EXCLUSIONES

Estas no son las únicas exclusiones, sin embargo, se enlistan algunas para su información:

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
2. Condiciones, padecimientos o situaciones existentes previas (preexistencia) a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.
3. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado y/o Tomador.
4. Riñas o peleas.
5. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo como: Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.

Exclusión específica del Servicio Opcional de Asistencia Protección COVID-19:

1. Bajo el servicio de traslado terrestre en ambulancia quedan excluidos los traslados interhospitalarios, del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.

OBLIGACIONES DEL TOMADOR O ASEGURADO

1. Ser estudiante matriculado en un Centro de Educación reconocido por el Ministerio de Educación Pública, una universidad reconocida por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP) o guarderías infantiles y hogares escuelas con el permiso vigente de funcionamiento extendido por el Ministerio de Salud, al momento de suscribir el seguro.
2. Proporcionar al Instituto toda la información requerida de forma completa y veraz.
3. Efectuar el porcentaje de pago de la prima.

BENEFICIARIOS

En caso de Muerte Accidental la suma asegurada será pagada a los beneficiarios designados en la Oferta de Seguro; o bien, al padre y a la madre en partes iguales o en su defecto a los herederos legales establecidos en el procedimiento sucesorio según las leyes costarricenses.



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

RECLAMO O ASISTENCIAS Y PLAZOS APLICABLES

Dar aviso al INS al Call Center **800-TeleINS (800-8353467)** y para Asistencias al 4404-1544.

Los servicios de asistencia se prestarán de forma inmediata, para los demás casos, el INS tiene un plazo de 10 días hábiles para resolver el reclamo y 10 días hábiles adicionales para brindar la prestación.

MODALIDADES DE INDEMNIZACIÓN

Dependiendo de la cobertura:

- a. Pago directo: en el caso de que la atención médica sea brindada en el Hospital de Trauma, donde no aplica ni deducible, ni coaseguros.
- b. Reembolso: en caso de utilizar el centro médico de su preferencia bajo las siguientes condiciones:
 - Aplicación de deducible del 5% al total de los gastos médicos presentados.
 - Aplicación del coaseguro posterior al deducible según corresponda.
- c. Prestación de servicios de asistencia.

VIGENCIA DEL SEGURO

Un año contado a partir de la fecha de suscripción.

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:	Hora:
--------	--------	-------

DATOS DEL TOMADOR

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		Nº de Identificación:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Nacionalidad:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro _____	
Dirección exacta del domicilio:		
Provincia:	Cantón:	Distrito:
Nº teléfono o celular:	Correo electrónico:	Ocupación:

DATOS DEL ASEGURADO

COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SEA PERSONA FÍSICA DISTINTA AL TOMADOR

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____		Número de Identificación:
Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año	Nacionalidad:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Centro educativo:	
Dirección exacta del domicilio:		
Provincia:	Cantón:	Distrito:
Nº teléfono o celular:	Correo electrónico:	

PLAZO DE VIGENCIA

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

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR EL ASEGURADO/TOMADOR DEL SEGURO:

Nº	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	Nº DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO CON EL ASEGURADO	PORCENTAJE
1							
2							
3							

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

En caso de no establecer beneficiarios en este apartado y comunicado al Instituto Nacional de Seguros, se considerarán los establecidos en la Cláusula VIII. Beneficiarios de las Condiciones Generales de la póliza.

OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURAS Y ASISTENCIAS	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4	<input type="checkbox"/> Plan 5
Cobertura Básica de Muerte Accidental	¢500 000	¢500 000	¢1 000 000	¢2 000 000	¢2 500 000
Cobertura Adicional de Gastos Médicos por Accidente Deducible: 5% por evento Coaseguro: 20% o 40% según indiquen las condiciones generales.	¢500 000	¢500 000	¢1 000 000	¢2 000 000	¢2 500 000
Cobertura Adicional de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente	¢500 000	¢500 000	¢1 000 000	¢2 000 000	¢2 500 000
Servicio Adicional de Asistencia Estudiantil	No Incluida	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
Servicio Opcional de Asistencia Protección COVID-19	No Incluida	Incluida / No Incluida	Incluida / No Incluida	Incluida / No Incluida	Incluida / No Incluida
PRIMA					
Plan Contratado Sin Servicio Opcional:	<input type="checkbox"/> ¢6 600	<input type="checkbox"/> ¢7 150	<input type="checkbox"/> ¢10 175	<input type="checkbox"/> ¢15 950	<input type="checkbox"/> ¢20 075
Plan Contratado Con Servicio Opcional:	<input type="checkbox"/> ¢6 600	<input type="checkbox"/> ¢9 750	<input type="checkbox"/> ¢12 780	<input type="checkbox"/> ¢18 550	<input type="checkbox"/> ¢22 675
Nota: El monto de prima anual antes indicado incluye el 2% del IVA de conformidad con lo establecido en la Ley Nº 9635 - "Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas".					

AUTORIZACIÓN DEL TOMADOR/ASEGURADO POR EL COBRO DE PRIMA

Nombre del tarjetahabiente:		Número de tarjeta:	
Medio de Pago: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito		Fecha de vencimiento:	Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Otro: _____
Prima Total a cobrar: UM		Moneda: Colones	
La expedición 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.			

OTROS TEMAS

Indicar si el Asegurado se asegura por cuenta propia o de un tercero: Aseguramiento por cuenta propia Aseguramiento por cuenta de un tercero

- 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 la prima.
- El Asegurado ha expresado libremente que la información brindada y detallada en el presente documento es verídica, y en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximirá al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del Seguro de acuerdo con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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), para Asistencias (+506) 4404-1544 y el correo electrónico contactenos@ins-cr.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran 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>_____</p> <p align="center">Firma del Representante Legal</p>

Registro en SUGESE número P19-57-A01-903 con fecha 30 de abril del 2021