



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE DE CONTENIDO

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
SECCIÓN A DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	7
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	7
SECCIÓN C. ÁMBITO DE LA COBERTURA	7
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA.....	7
CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA.....	7
CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS.....	8
CLÁUSULA VI. COBERTURAS.....	8
CLÁUSULA VII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS	10
CLÁUSULA VIII. RIESGOS EXCLUIDOS	10
CLÁUSULA IX. DEDUCIBLE	11
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	12
CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS.....	12
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO	12
CLÁUSULA XI. OMISION Y/O INEXACTITUD	12
CLÁUSULA XII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE	13
SECCIÓN F. PRIMAS	13
CLÁUSULA XIII. PRIMA DE LA PÓLIZA	13
CLÁUSULA XIV. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION	13
CLÁUSULA XV. DOMICILIO DE PAGO	13
SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	13
CLÁUSULA XVI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO	14
CLÁUSULA XVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN RECLAMACIONES.....	16
CLÁUSULA XVIII. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	16
CLÁUSULA XIX. AUDITORÍA MÉDICA.....	16
SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES	17
CLÁUSULA XX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	17
CLÁUSULA XXI. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA	17
CLÁUSULA XXII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA	18
SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS	18
CLÁUSULA XXIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	18
CLÁUSULA XXIV. PRESCRIPCIÓN	18
CLÁUSULA XXV. DERECHO DE RETRACTO	18
CLÁUSULA XXVI. EDADES DE CONTRATACIÓN	19
CLÁUSULA XXVII. TIPO DE CAMBIO	19
CLÁUSULA XXVIII. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO	19
CLÁUSULA XXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	19
CLÁUSULA XXX. OTROS SEGUROS	19
CLÁUSULA XXXI. SUBROGACIÓN.....	20



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	20
CLÁUSULA XXXII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	20
CLÁUSULA XXXIII. LEGISLACION APLICABLE	20
SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	20
CLÁUSULA XXXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO	20
CLÁUSULA XXXV. COMUNICACIONES	21
SECCIÓN L. LEYENDA DEL REGISTRO	21
CLÁUSULA XXXVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	21



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Entre nosotros, el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, titular de la cédula jurídica 400000-1902-22 en adelante denominado INSTITUTO se compromete con quien se suscribe en la oferta del seguro como 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 por el ASEGURADO Y/O TOMADOR en la oferta que origina este contrato, la cual es parte integral del mismo.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual del INSTITUTO de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

Firma representante legal

**Instituto Nacional de Seguros
Cedula Jurídica 400000-1902-22**



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y 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:** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
- 2. ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS:** Es la entidad que administra la Red de Proveedores a nivel nacional y coordina los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el Asegurado lo requiera, cuando deban ser brindados en Costa Rica.
- 3. ASEGURADO:** Es el “Asegurado Directo” y su grupo familiar nombrados en la Oferta de Seguro, que realice (n) un viaje en calidad de turista, estudiante o ejecutivo y que se encuentra (n) protegido (s) por esta póliza.
- 4. ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que suscribe el seguro a su nombre y realiza el pago de las primas correspondientes.
- 5. BENEFICIARIO (S):** Persona(s) designada(s) por el Asegurado a quien(es) se le(s) reconoce el derecho a percibir el total o la proporción indicada de la(s) indemnización(es) derivada(s) de esta póliza.
- 6. CAUSAHABIENTE:** Persona que ha sucedido o se ha subrogado por derechos o bienes de otra u otras.
- 7. CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única, estable y demostrable.
- 8. COSTO DE SERVICIOS MÉDICOS:** Es el cargo u honorario definido por el INS para el reconocimiento de la prestación del servicio de atención de asegurados al amparo de esta póliza sea mediante la autorización de la unidad de asistencia o por medio del reembolso. Este costo determinará el monto máximo a indemnizar por un servicio u honorario médico. Fuera de Costa Rica y Centroamérica los costos de servicios médicos serán determinados según el área geográfica.
- 9. DEDUCIBLE:** Suma fija mínima o porcentual que se establece en las Condiciones Generales 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. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida con hasta trescientos sesenta y cuatro (364) días.



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

- 11. ENFERMEDAD AGUDA:** Es aquella caracterizada por aparición súbita, de curso breve (no más de una semana) durante la vigencia de la póliza.
- 12. ENFERMEDAD EPIDÉMICA:** Enfermedad aguda, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan en un país o región o que haya sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de la Salud en el caso de Costa Rica o la autoridad equivalente en el caso de que se declare en otros países.
- 13. ENFERMEDAD PANDEMICA:** Enfermedad aguda, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan simultáneamente en más de un país o continente o que haya sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud facultada para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
- 14. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que, con anterioridad a la adquisición de esta póliza, haya sido:
- Diagnosticada por un médico.
 - De la que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
 - Recibido tratamiento médico, servicios o suministros.
 - Practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos pertinentes.
 - Tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
- 15. FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CASTRÓFICO:** Manifestación violenta y destructiva de la fuerza de la naturaleza, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
- 16. GASTOS AMBULATORIOS:** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe un Asegurado, siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica o que permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
- 17. GASTOS DE ALOJAMIENTO:** Costo de hospedaje en los que tenga que incurrir el asegurado por la extensión de su viaje debido a la declaratoria de epidemia y/o pandemia.
- 18. GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos médicos erogados por el Asegurado y aprobados por el Instituto que resulten de la ocurrencia de un evento amparable por esta póliza y que sean indispensables en el diagnóstico o tratamiento de las lesiones provocadas en el accidente o enfermedad aguda.



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

19. GRUPO FAMILIAR: Se consideran como dependientes asegurables del grupo familiar del Asegurado Directo a las siguientes personas:

1. El Cónyuge o conviviente.
2. Los hijos del Asegurado y su cónyuge o conviviente. Asimismo, podrán considerarse los hijos de cada uno de ellos en caso de que los hubiere.

20. 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 de menos del sesenta y siete por ciento (67%).

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

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

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

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

22. PÓLIZA: Es el documento que contiene la Oferta de Seguro, las Condiciones Generales.

23. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA. Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.

24. PRIMA: Suma que debe pagar el tomador y/o Asegurado al Asegurador como contraprestación al amparo que se otorga mediante el Contrato de Seguro.

25. PROVEEDOR AFILIADO: Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.

26. SEMANA: Período de siete días consecutivos

27. TOMADOR DEL SEGURO: Persona física ó jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada.



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

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

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen este contrato: La Oferta de Seguro y las Condiciones Generales.

El orden de prelación de los documentos que constituyen la póliza es el siguiente: Las Condiciones Generales y la Oferta de Seguro.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

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

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

Esta póliza establece un plan básico y un plan plus, cada uno de ellos con montos asegurados mínimos y máximos para cada cobertura, que son aplicables por persona de conformidad con las opciones que se indican en la Oferta de Seguro, entre las cuales el Asegurado puede elegir. El plan y la opción que suscriba el Asegurado determinará la prima a pagar, de conformidad con lo establecido en la cláusula Prima de la póliza.

Los montos asegurados mínimos y máximos por persona al momento de la contratación para cada una de las coberturas son:

COBERTURA	MONTO MÍNIMO		MONTO MÁXIMO	
	COLONES	DÓLARES	COLONES	DÓLARES
Muerte Accidental	10.000.000	25.000	120.000.000	200.000
Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente	10.000.000	25.000	120.000.000	200.000
Repatriación de Restos Mortales	1.000.000	2.500	12.000.000	20.000
Gastos Médicos por accidente o Enfermedad Aguda	1.000.000	2.500	12.000.000	20.000
Gastos de alojamiento*	750.000	1.500	2.000.000	4.000

*Esta cobertura es adicional, y sólo aplica para el Plan Plus.



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

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

CLÁUSULA VI. COBERTURAS

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

I. Plan Básico

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

a. **Tabla de Indemnizaciones:**

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

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



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

b. Combinación de incapacidades

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

3. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:

El Instituto se compromete a reintegrar los gastos a quien haya efectuado el pago, contra presentación de las facturas correspondientes, hasta por la suma asegurada contratada en la oferta de seguro, por gastos originados de la repatriación de los restos mortales del Asegurado a su país de origen, siempre que su deceso se produzca como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

4. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD AGUDA:

El Instituto indemnizará la suma asegurada contratada en la oferta de seguro, de acuerdo con los costos de servicios médicos incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente o enfermedad aguda cubierta por esta póliza, ocurrida durante el período de vigencia de esta póliza, por los conceptos descritos a continuación:

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

II. Plan Plus

Incluye las coberturas del plan básico y la siguiente cobertura adicional:

1. GASTOS DE ALOJAMIENTO: Esta cobertura opera únicamente en territorio costarricense, para asegurados extranjeros no residentes en Costa Rica, siempre y cuando los eventos que se originan al amparo de esta cobertura ocurran durante la vigencia contratada.

El Instituto se compromete a reintegrar los gastos de alojamiento del Asegurado, contra presentación de las facturas correspondientes, en caso de que como resultado de la declaratoria



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

de una enfermedad epidémica y/o pandémica, el asegurado tenga que permanecer en el país por un periodo mayor al definido en el itinerario inicial de viaje.

Esta cobertura opera máximo por el monto de \$125 diarios o su equivalente en colones, hasta por los límites estipulados en la Propuesta de Seguro y cubre únicamente los gastos de alojamiento por los días no previstos en el itinerario inicial de viaje, que se originen por cierre oficial de fronteras o suspensión del medio de transporte internacional contratado u orden médica por ser caso sospechoso o portador de una enfermedad; directamente relacionados con una declaratoria de enfermedad epidémica y/o pandémica.

CLÁUSULA VII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

1. Atención Ambulatoria dentro de la Red de Proveedores en Costa Rica:

El Asegurado tiene libre elección médica, sin embargo, para los servicios prestados en Costa Rica, el asegurado podrá hacer uso de la red de proveedores afiliados existente (clínicas, médicos, laboratorios, farmacias) que brindan servicios de salud a los Asegurados.

El proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por medio del Administrador de Servicios Médicos en atenciones ambulatorias realizadas por medio de preautorización médica, una vez asumido por el Asegurado el monto que corresponda al deducible.

Cuando se requiera atención médica como consecuencia de una enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza, deberá enviar un correo electrónico a la dirección autorizacionesins@ins-cr.com o mediante la línea gratuita 800-MEDICAL (800-633-4225) o llamando al número telefónico 2284-8500.

La red de proveedores puede consultarse en el sitio www.ins-cr.com.

Los servicios médicos de la red de proveedores serán brindados siempre que estén disponibles en dicha red, en caso de una imposibilidad de brindar el servicio, el asegurado podrá acudir a otro proveedor médico y presentar las facturas para el reembolso respectivo.

2. Atención Ambulatoria fuera de la Red de Proveedores en Costa Rica y el resto del mundo:

Si el Asegurado, escoge ser atendido por un profesional o centro médico no afiliado a la Red de Proveedores, deberá presentar al Instituto las facturas por los gastos incurridos para el debido reembolso, los cuales se indemnizarán de acuerdo con los costos de servicios médicos.

CLÁUSULA VIII. RIESGOS EXCLUIDOS

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



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

1. Bajo todas las coberturas:

- a. Actos de guerra declarada o no; invasión de enemigo extranjero; guerra interna o acontecimientos que pudieran originar estas situaciones de hecho o de derecho, terrorismo; participación activa en motines, huelgas, tumultos populares.
- b. Fusión o fisión nuclear o radiactiva.
- c. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias, tales como terremoto, maremoto, inundaciones, deslizamientos, temblor, ciclón y otros similares.

2. Para las Coberturas, Muerte Accidental, Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente, Repatriación de Restos Mortales y Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:

- a. Consumación o tentativa de suicidio.
- b. Los que ocurran como piloto o pasajero de algún automóvil u otro vehículo en competencia.
- c. Los que ocurran como piloto mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.
- d. Mientras el Asegurado se encontrare bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
- e. Accidentes que ocurran mientras se practique deporte en forma profesional.

3. Cobertura Gastos Médicos por Accidente o Enfermedad Aguda:

- a. Gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. La póliza no cubrirá la necesidad de un tratamiento que era predecible antes de la emisión de la misma.
- b. Intervenciones de cirugía cosmética o de belleza, excepto las que resulten de una lesión traumática cubierta por esta póliza y ocurrida durante la vigencia de la misma.
- c. Gastos por chequeos médicos o exámenes médicos preventivos.
- d. Parto y complicaciones de embarazo, excepto si tales complicaciones tienen origen en un accidente o enfermedad aguda que cubra esta póliza.

4. Cobertura Gastos de Alojamiento:

- a. Gastos de transporte.
- b. Gastos de alojamiento dentro del periodo del itinerario inicial del viaje.

CLÁUSULA IX. DEDUCIBLE

El Instituto pagará el total de los beneficios descritos en la Cláusula VI. Coberturas, punto 4. Gastos médicos por accidente o enfermedad aguda, sujeto a un deducible del diez por ciento (10%) sobre el monto de los gastos cubiertos, con un mínimo de ₡25.000,00 (veinticinco mil



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

colones) cuando el seguro se suscribe en colones o U\$50 (cincuenta dólares), si se suscribe en dólares, por accidente o enfermedad aguda.

En caso de transferencias internacionales para el reintegro de los gastos incurridos por el asegurado, este deberá asumir un costo de \$20 adicional al deducible indicado en el párrafo anterior.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA X. BENEFICIARIOS

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

Mientras esta póliza esté en vigor el Asegurado y/o Tomador puede, con sujeción a los términos de toda cesión existente, cambiar el Beneficiario mediante presentación de una solicitud escrita o en el formulario que el Instituto suministrará, el cual debe ir acompañado de esta póliza, en la cual quedará constancia escrita del cambio en mención.

En caso de que algún beneficiario muera antes que el Asegurado, el derecho correspondiente al mismo se distribuirá al beneficiario o los beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado el monto pagadero bajo esa póliza se girará a la sucesión de éste.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XI. OMISION Y/O INEXACTITUD



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

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 Cancelación de la Póliza.

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

CLÁUSULA XII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

El Asegurado y/o Tomador se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplir con la Política Conozca a su Cliente, asimismo se compromete a realizar la actualización de los documentos, cuando el Instituto se lo solicite.

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

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XIII. PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima es el precio que debe pagar el Asegurado por esta póliza, se determinará conforme la moneda, el plan elegido, la opción de monto asegurado a contratar, la cantidad de semanas de viaje y el rango de edad en que se ubique el Asegurado, de conformidad con los datos indicados en la Oferta de Seguro.

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

CLÁUSULA XIV. PAGO DE PRIMAS Y PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCION

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

CLÁUSULA XV. DOMICILIO DE PAGO

Para todo efecto contractual se tendrá como domicilio de pago, las Oficinas Centrales del Instituto o cualquiera de sus Sedes o representantes autorizados.

SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

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

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado deberá aportar los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

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

1. Cobertura de Fallecimiento por Accidente.

- a. Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b. Certificado Oficial de Defunción, en el que se especifique la causa de la muerte. En caso de emitirse en el extranjero debe aportarse apostillado.
- c. Fotocopia del documento de identificación, del beneficiario.
- d. Copia del expediente judicial certificado por la Autoridad Judicial correspondiente que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre, debe presentarse apostillado cuando la muerte ocurra en el extranjero.
- e. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el beneficiario.

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

- a. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.
- 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.

3. Cobertura de Repatriación de Restos Mortales.

- a. Facturas originales o en su defecto, copia certificada por una autoridad competente del país donde se emitieron las facturas, si fue en el extranjero debe presentar el apostillado o con el trámite consular.
- b. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.

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



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

1. Para el uso de la red de proveedores dentro de Costa Rica, ver la CLÁUSULA VII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS.

2. Utilización de servicios por reembolso médica tanto en Costa Rica como en el exterior:

a. El formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentada, con el diagnóstico y la evolución en tiempo días.

b. Las facturas canceladas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, deberán ser aportados al momento de presentar la reclamación.

c. Recetas de medicamentos, prescripciones de exámenes de laboratorio, radiológicos o de otro examen para diagnóstico.

d. Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.

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

a. Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento (desde cuando se presentaron los síntomas) y tratamiento efectuado.

b. Facturas con el detalle de los gastos y los comprobantes de pago de dichas facturas.

5. Cobertura por gastos de alojamiento.

a. Solicitud del Asegurado, la cual deberá enviar al correo cgspssecretaria@ins-cr.com o clientescgsp@ins-cr.com. donde incluya la siguiente información:

- Número de cuenta bancaria
- Número de teléfono
- Nombre y dirección del banco receptor
- Código SWIFT (suministrado por el banco receptor)

b. Copia del pasaporte.

c. Las facturas del gasto autorizadas por el Ministerio de Hacienda, con el detalle de cada uno de los servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, en el que se identifique claramente el costo del alojamiento.

d. Copia del itinerario de viaje.

e. Copia del boleto de regreso.

f. Documento que acredite que, como resultado de declaratoria de la epidemia o pandemia, el asegurado deba permanecer en el país por un periodo mayor al definido en el itinerario inicial de viaje, salvo que se trate de un hecho público y notorio en Costa Rica en cuyo caso el INS lo acreditará.

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas, distintos al español e inglés, el Asegurado o el Beneficiario debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Si los gastos son objeto de cobertura al amparo de esta póliza, el Instituto



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

indemnizará el costo de dicha traducción. Este gasto estará incluido dentro del límite de la cobertura que corresponda, saber: muerte, gastos médicos, incapacidad total y permanente o repatriación de restos mortales.

CLÁUSULA XVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN EN RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XVIII. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

- 1. Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión al Asegurado, a la última dirección conocida por éste.
- 2. Revocatoria:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
- 3. Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al superior jerárquico del departamento que declinó el recurso de revocatoria y ofrecer sus pruebas.
- 4. Solicitud de revisión del monto indemnizado:** En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con el costo de servicios médicos 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 de servicios médicos del mercado.

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

CLÁUSULA XIX. AUDITORÍA MÉDICA



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

El Asegurado autoriza expresamente a los funcionarios que el Instituto designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en sus expedientes en todo centro hospitalario, clínico o consultorio, ya sea en Costa Rica o en otra parte del mundo, después de un reclamo.

SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta es una póliza autoexpedible para viajeros. La vigencia es por el número de semanas que indique el Asegurado y que se reflejan en la Oferta de Seguro. El Asegurado quedará amparado a partir del día que se indique en la Solicitud de Seguro siempre y cuando se haya cancelado la prima.

El plazo máximo de cobertura de esta póliza es de cincuenta y dos (52) semanas continuas por viaje.

Cubrirá únicamente reclamos que presente el Asegurado al Instituto por gastos efectuados dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando el siniestro haya acaecido durante la vigencia del contrato.

CLÁUSULA XXI. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el Asegurado 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.

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

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

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

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual	
	Colones	Dólares
Hasta 5 días hábiles	0%	0%
Más de 5 días hábiles hasta 30 días naturales	37%	34%
Más de 30 hasta 60 días naturales	45%	43%
Más de 60 hasta 90 días naturales	52%	51%
Más de 90 hasta 120 días naturales	60%	58%
Más de 120 hasta 150 días naturales	66%	65%
Más de 150 hasta 180 días naturales	72%	72%
Más de 180 hasta 210 días naturales	78%	77%



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

Más de 210 hasta 240 días naturales	83%	83%
Más de 240 hasta 270 días naturales	88%	88%
Más de 270 hasta 300 días naturales	92%	92%
Más de 300 hasta 330 días naturales	96%	96%
Más de 330 hasta 364 días naturales	100%	100%

El Instituto podrá demostrar la existencia de hechos o circunstancias que excluyen su responsabilidad o reducen la cuantía de la pérdida alegada por la persona asegurada de la póliza, según corresponda.

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 XXII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. Solicitud expresa del Asegurado.
2. Por falta de pago de primas.
3. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Omisión y/o Inexactitud de la póliza.

SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA XXIV. 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 XXV. DERECHO DE RETRACTO

El Asegurado y/o Tomador tendrán 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



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura. No obstante, lo anterior, el derecho de retracto no es aplicable sobre este seguro, una vez que el viaje se inicie.

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 XXVI. EDADES DE CONTRATACIÓN

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

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

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

CLÁUSULA XXVII. 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 XXVIII. 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 XXIX. 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 XXX. OTROS SEGUROS

Si una o varias pólizas de este mismo plan de seguro fueran adquiridas por el Asegurado y que excedan en conjunto la suma de ₡60.000.000,00 (sesenta millones de colones) o U\$200.000,00 (doscientos mil dólares), el seguro excedente será nulo y todas las primas pagadas por concepto del mismo devueltas al Asegurado.

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte Accidental, en forma complementaria y contingente, en exceso de las



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

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

El Asegurado o el Beneficiario deberá declarar al momento del siniestro sobre la existencia de otras pólizas que amparen el mismo riesgo, así como también detalle de dichas pólizas que contengan al menos la siguiente información: compañía aseguradora, número de contrato, línea de seguro, vigencia y monto asegurado.

CLÁUSULA XXXI. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos frente a terceros respecto a la cuantía de la indemnización que reciba y responderá de todo acto que perjudique la referida cesión. En este sentido, el Asegurado se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXXII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y el Asegurado, los lesionados y/o los beneficiarios, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, 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 XXXIII. LEGISLACION APLICABLE

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

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

SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLAUSULA XXXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

Es la dirección anotada por el Asegurado o Tomador en la Oferta de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.



SEGURO PARA VIAJEROS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXV. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarlas por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado y/o Tomador 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 reportada.

SECCIÓN L. LEYENDA DEL REGISTRO

CLÁUSULA XXXVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-33-A01-040-V8** de fecha **XX de XXXXX del 20XX**.