



CONDICIONES GENERALES

AI **INSTANTE**

SEGURO ESTUDIANTIL 

SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES
CONDICIONES GENERALES

Contenido

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

SECCIÓN C. ÁMBITO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

CLÁUSULA V. COBERTURAS

CLÁUSULA VI. PORCENTAJES DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

CLÁUSULA VII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

CLÁUSULA VIII. PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA

CLÁUSULA IX. RIESGOS EXCLUIDOS

CLÁUSULA X. GASTOS EXCLUIDOS

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA XI. BENEFICIARIOS

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XII. REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL ASEGURADO

CLÁUSULA XIII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA

CLÁUSULA XIV. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

CLÁUSULA XV. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XVI. PRIMA DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA XVII. PAGO DE LA PRIMA

CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA

CLÁUSULA XIX. DOMICILIO DE PAGO

SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS POR SINIESTROS

CLÁUSULA XX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

CLÁUSULA XXI. PAGO DE INDEMNIZACIONES

CLÁUSULA XXII. INVESTIGACIÓN DE LOS RECLAMOS

CLÁUSULA XXIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

CLÁUSULA XXIV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

CLÁUSULA XXVI. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA XXVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA XXVIII. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXIX. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA XXX. DERECHO DE RETRACTO

CLÁUSULA XXXI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

CLÁUSULA XXXII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

CLÁUSULA XXXIII. TIPO DE CAMBIO

CLÁUSULA XXXIV. OTROS SEGUROS

CLÁUSULA XXXV. PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA XXXVI. REPOSICIÓN DE PÓLIZA

SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE

CLÁUSULA XXXVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLAUSULA XXXIX. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

CLÁUSULA XL. COMUNICACION

20 SECCIÓN L. LEYENDA DEL REGISTRO

CLÁUSULA XLI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

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 el ASEGURADO Y/O TOMADOR, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan sobre la base de las declaraciones hechas por el ASEGURADO Y/O TOMADOR en la Oferta de Seguro que origina este contrato, la cual es parte integral del mismo.

Esta es una póliza donde el Asegurado se puede asegurar por cuenta de un tercero.

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.

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. ASEGURADO: Es aquella persona nombrada en la Oferta de seguro, estudiante, que reside en la República de Costa Rica y que cumple con lo estipulado en la Cláusula de Requisitos de Aseguramiento.
3. COASEGURO: Una vez superado el deducible, es el porcentaje específico que se aplica al resto de los gastos cubiertos.
4. COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO: Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobran la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan accidentes que por su naturaleza son considerados similares.
5. DEDUCIBLE: Porcentaje 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.
6. FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CATASTRÓFICO: Manifestación de la fuerza de la naturaleza violenta y destructiva, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
7. HOSPITAL O CLÍNICA: Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorizado por el Ministerio de Salud para el internamiento de pacientes.
8. INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE: Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta cobertura. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica de menos del sesenta y siete por ciento (67%).
9. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Es la que cumpla con las siguientes condiciones:
 - a) Se produzca como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta póliza, y
 - b) Que el Asegurado sea declarado incapacitado por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental, 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.
10. PÉRDIDA TOTAL: Se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.
11. PRESTADORA DE SERVICIOS: Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios auxiliares, que se brindan en la cobertura de servicio de asistencia de esta póliza, a través de su red de proveedores.
12. PRIMA: Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado y/o Tomador al Instituto, como contraprestación al amparo que éste otorga mediante la póliza.

13. PRIMA NO DEVENGADA: Porción de la prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.

14. TOMADOR DEL SEGURO: 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 de Asegurado.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza de Accidentes para Estudiantes: la Oferta de Seguro y las Condiciones Generales del Contrato. El orden de prelación de la documentación mencionada 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 únicamente dentro de la República de Costa Rica. Se extiende a cubrir 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 desde el momento en que se emite y mientras esta póliza se encuentre vigente.

Esta póliza también cubre a los estudiantes de Colegios Técnicos y Universidades en actividades propias de su práctica profesional.

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

Es el monto de seguro escogido por el Asegurado y/o Tomador y que el Instituto aprobó para la emisión de esta póliza, según la opción contratada que se indica en la Oferta de Seguro. Este seguro se podrá suscribir únicamente en colones costarricenses.

CLÁUSULA V. COBERTURAS

El Instituto indemnizará la ocurrencia de los riesgos amparados bajo las coberturas que adelante se detallan, de conformidad con lo estipulado en la Oferta de Seguro y el pago de la prima que acredita la protección. Siempre que la causa directa y única fuere un accidente amparado bajo esta póliza, se cubren los siguientes riesgos:

1. Muerte Accidental: El Instituto pagará la suma asegurada si el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza fallece y la muerte ocurre de manera inmediata o dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente.
2. Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente: El Instituto indemnizará el porcentaje de la suma asegurada correspondiente al grado de incapacidad permanente, con base en la Tabla de Indemnización incorporada en la Cláusula Porcentajes de Indemnizaciones por Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente.
3. Gastos Médicos por Accidente: De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto suscrito en la Oferta el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados por evento incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de este seguro, de conformidad con la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos.
4. Servicio de Asistencia: Como parte complementaria a las coberturas descritas anteriormente, el Asegurado contará con el servicio de asistencia descrito a continuación, bajo las siguientes condiciones:
 - a) La asistencia se brindará únicamente para beneficio del Tomador y/o Asegurado.
 - b) La atención de asistencias aplica únicamente en la República de Costa Rica.
 - c) Para solicitar la asistencia, la llamada podrá ser efectuada por una persona mayor de doce (12) años, sea el Tomador o Asegurado; o bien mayor de dieciocho (18) años, tal como se indica en cada asistencia. Está cobertura no aplica para la opción 1 de la oferta de seguros.

En caso de requerir asistencia, el Tomador y/o Asegurado deberá comunicarse al Call Center de Servicio al Cliente 800-TeleINS (800-8353467) en el cual será atendido con la finalidad de solicitar la coordinación respectiva. De igual manera el Tomador y/o Asegurado podrá pedir informes actualizados vía telefónica al 800-TeleINS (800-8353467) con respecto a los proveedores.

ASISTENCIA ESTUDIANTIL

1. ASISTENCIA PEDAGÓGICA Y/O PSICOLÓGICA

1.1. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA PARA RESOLUCIÓN DE DUDAS ACADÉMICAS U ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado, se pondrá en contacto al solicitante con un profesional en los siguientes servicios:

A. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA PARA RESOLUCIÓN DE DUDAS ACADÉMICAS: Cuando el Tomador y/o Asegurado (mayor de doce (12) años) requiera de alguna orientación telefónica con las tareas escolares de sus hijos en materia de la lengua española, literatura, matemáticas, geografía, historia, ciencias e idioma inglés, se le pondrá en contacto con un profesional académico, con el fin de darle una orientación para aclarar dichas dudas.

B. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Cuando el Tomador y/o Asegurado mayor de dieciocho (18) años requiera orientación telefónica de un psicólogo para el Asegurado, se le pondrá en contacto con un profesional en el campo de la psicología que brinde orientaciones telefónicas con base a sus necesidades.

Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año ya sea que se haya utilizado solo el servicio descrito en el punto A o solo el servicio descrito en el punto B, o bien combinación de ambos.

1.2. RECOMENDACIÓN ESTUDIANTIL TELEFÓNICA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de doce (12) años y siempre que requiera de alguna recomendación telefónica sobre actividades educativas tales como museos, teatros, etc., se le brindará la información necesaria.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

1.3. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA PARA SOLUCIONAR DIFICULTADES DEL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO AL INICIAR LAS TAREAS: Por solicitud del Tomador y siempre que requiera de alguna orientación telefónica motivacional para mejorar la conducta y ejecución del estudiante ante sus tareas escolares, se le pondrá en contacto con un profesional académico para que resuelva las inquietudes del solicitante.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

1.4. CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE ARTÍCULOS DE LIBRERÍA Y ÚTILES ESCOLARES: El Tomador y/o Asegurado mayor de doce (12) años podrá solicitar vía telefónica información de precios de artículos de librería y útiles escolares. Queda entendido que la selección de la librería, biblioteca, editorial, imprenta, etc., coordinación de compra y demás costos, correrán por cuenta exclusiva del Tomador y/o Asegurado bajo su propio riesgo. Este servicio se limita a proporcionar al Tomador y/o Asegurado las referencias de los servicios que se soliciten.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

1.5. REFERENCIA DE TUTORES ESCOLARES: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de dieciocho (18) años y siempre que requiera información de profesionales académicos o tutores escolares, se brindará, vía telefónica, información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, queda entendido que la selección del profesional académico o tutor escolar, honorarios profesionales, coordinación de citas y demás costos adicionales correrán por cuenta exclusiva del

Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar al Tomador y/o Asegurado las referencias de los servicios de profesionales académicos o tutores escolares que se soliciten.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

1.6. REFERENCIAS DE NUTRICIONISTAS Y PSICÓLOGOS: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de dieciocho (18) años y siempre que requiera información de nutricionistas y/o psicólogos, se brindará, vía telefónica, información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, queda entendido que la selección del profesional y sus honorarios, coordinación de citas y demás costos adicionales correrán por cuenta exclusiva del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar al Tomador y/o Asegurado las referencias de los servicios de profesionales que se soliciten.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

2. SERVICIOS DE INFORMACIÓN DE INTERÉS A LA FAMILIA

2.1. INFORMACIÓN SOBRE RESTAURANTES: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de doce (12) años al requerir información de referencia sobre restaurantes cerca de la zona donde se encuentre o se encontrará, se brindará la información referencial necesaria al solicitante. Los costos de los servicios serán asumidos por cuenta y riesgo del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar las referencias de restaurantes cercanos.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año

2.2. INFORMACIÓN SOBRE EVENTOS CULTURALES, CINE, CONCIERTOS, TEATROS Y MUSEOS: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de doce (12) años al requerir información de referencia sobre eventos culturales, cine, conciertos, teatros y museos cerca de la zona donde se encuentre o se encontrará, se brindará la información referencial necesaria al solicitante. Los costos de los servicios serán asumidos por cuenta y riesgo del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar las referencias de eventos cercanos.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

2.3. INFORMACIÓN SOBRE TARIFAS DE HOTELES: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de doce (12) años al requerir información de referencia sobre tarifas de hoteles cerca de la zona donde se encuentre o se encontrará, se brindará la información referencial necesaria al solicitante. Los costos de los servicios serán asumidos por cuenta y riesgo del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar las referencias de tarifas hoteleras.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

2.4. INFORMACIÓN DE TRADUCTORES E INTÉRPRETES: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de dieciocho (18) años y siempre que requiera información de traductores e intérpretes, se brindará, vía telefónica, información de interés para que pueda solicitar servicios de manera particular, queda entendido que la selección del profesional y sus honorarios, coordinación de citas y demás costos adicionales correrán por cuenta exclusiva del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar al Tomador y/o Asegurado las referencias de los servicios de profesionales que se soliciten.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

2.5. INFORMACIÓN DE SERVICIO DE FLORISTERÍAS: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de doce (12) años al requerir información de referencia sobre floristerías cerca de la zona donde se encuentre o se encontrará, se brindará la información referencial necesaria al solicitante. Los costos de los servicios serán asumidos por cuenta y riesgo del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar las referencias de floristerías.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

2.6. INFORMACIÓN SOBRE EMPRESAS DE FUMIGACIÓN: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de dieciocho (18) años al requerir información de referencia sobre empresas de fumigación cerca de la zona donde se encuentre o se encontrará, se brindará la información referencial necesaria al solicitante. Los costos de los servicios serán asumidos por cuenta y riesgo del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar las referencias de empresas fumigadoras.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

2.7. INFORMACIÓN PARA RENTA DE VEHÍCULOS: Por solicitud del Tomador y/o Asegurado mayor de dieciocho (18) años al requerir información de referencia sobre empresas de renta de vehículos cerca de la zona donde se encuentre o se encontrará, se brindará la información referencial necesaria al solicitante. Los costos de los servicios serán asumidos por cuenta y riesgo del Tomador y/o Asegurado. Este servicio se limita a proporcionar las referencias de empresas de renta de vehículos.

Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

CLÁUSULA VI. PORCENTAJES DE INDEMNIZACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE

Esta póliza otorgará una indemnización por incapacidad permanente o incapacidad parcial permanente, únicamente para los siguientes conceptos correspondientes a un porcentaje de pérdida de la capacidad general:

1. Tabla de indemnizaciones

a) 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 determinare la invalidez total y permanente	100%
b) 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%
I. 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%
II. 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%
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%

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 el 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 de INS Salud, 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 sólo 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.

2. 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.

CLÁUSULA VII. UTILIZACIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza, 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. El Instituto reembolsará las prestaciones de este seguro, de acuerdo con los términos que a continuación se detallan:

1. Utilización de servicios por libre elección médica:

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

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

a. Deducible y coaseguro

i. Primero se aplica un deducible del cinco por ciento (5%) al total de los gastos.

ii. Posteriormente se aplica, un coaseguro del veinte por ciento (20%) en los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.

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

c. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:

i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio, hospital

o clínica más cercano o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura, se autoriza una segunda atención. En este caso se aplicará solamente el cinco por ciento (5%) de deducible.

ii. No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente. Si la segunda consulta no es por fractura, se aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.

iii. El número de sesiones de rehabilitación se limita a cinco (5) por accidente, máximo 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 de previa autorización al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de diez (10) sesiones indicado. A todas las terapias se le aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.

iv. Para el pago de los inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos se aplicará, al costo razonable y acostumbrado, un deducible del cinco por ciento (5%) y un coaseguro del cuarenta por ciento (40%). Se consideran dentro de las especialidades de medicina del deporte y ortopedia los problemas relacionados con músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, bursas, meniscos y cartílagos.

d. Transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente -máximo- diez mil colones (¢10.000.00) por accidente.

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.

El Asegurado puede optar por recibir atención médica en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma, para lo cual se procederá de la siguiente manera:

a. Para la atención del Asegurado, éste debe presentarse en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS o en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma donde se le extenderá la orden de atención médica, sujeto a las siguientes condiciones:

i) No se limita la cantidad de consultas.

ii) No se aplicará deducible ni coaseguro.

iii) Transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente -máximo- diez mil colones (¢10.000.00) por accidente.

b. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionadas con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:

i) La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio o clínica más cercana o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura se autoriza una segunda atención. El tratamiento subsecuente podrá realizarse en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma o mediante libre elección médica del Asegurado.

ii) Los beneficios se aplicarán de la siguiente manera, siempre y cuando el monto asegurado lo permita:

1) No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.

2) 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.

3) Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, hacia Hospital del Trauma. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:

a. Por transporte automotor, los cuales serán reconocidos de acuerdo con las tarifas autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transporte (M.O.P.T).

b. Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos 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.

CLÁUSULA VIII. PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA

El Instituto pagará los gastos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, por un período máximo de 365 días, contados a partir de la fecha del primer gasto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero, independientemente de que el

plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.

CLÁUSULA IX. RIESGOS EXCLUIDOS

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

1. Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares.
2. Fusión o fisión nuclear.
3. Consumación o tentativa de suicidio u homicidio, participación en delitos, duelos, peleas o riñas. Queda exceptuada la legítima defensa.
4. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
5. La influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
6. Viaje del Asegurado en taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
7. Infracción grave de leyes y reglamentos por parte del Asegurado.
8. Accidentes que califiquen al amparo del Régimen de Riesgos del Trabajo, a excepción de los accidentes que le ocurran a los estudiantes de universidades y colegios técnicos, mientras realizan su práctica profesional.
9. La participación como piloto o pasajero de algún automóvil o vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
10. La participación como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una aeronave.
11. Deportes practicados en forma profesional.
12. 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, grecoromana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.
13. Impedimentos físicos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, que produzcan pérdida de la capacidad general y que no estén especificados en Cláusula de Coberturas, punto 2. Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente de esta póliza.

CLÁUSULA X. GASTOS EXCLUIDOS

Están excluidos de la presente póliza los gastos incurridos por:

1. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del Asegurado.
2. Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones para los mismos, así como aparatos auditivos.
3. Enfermedad.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean causados por un accidente amparado.
5. Lesiones causadas voluntariamente al Asegurado por su representante legal o beneficiario.
6. Hernias inguinales.
7. Gastos que sobrepasen la suma asegurada.
8. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que el Asegurado tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Quedan excluidos de los servicios de asistencia de este seguro:

1. Cuando el Tomador y/o Asegurado incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en la cláusula XIII. Obligaciones del Tomador y/o Asegurado para solicitar el Servicio de Asistencia.
2. Los gastos en que incurra el Tomador y/o Asegurado para contratar los servicios sugeridos por el Servicio de Asistencia.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA XI. BENEFICIARIOS

El Asegurado y/o Tomador deberá designar el (los) Beneficiario (s) al momento de adquirir la póliza. Cuando el Asegurado es menor de edad la indemnización será pagada al padre y a la madre en partes iguales o en su defecto según lo estipulado por la legislación civil.

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 a otro Beneficiario o Beneficiarios sobrevivientes por partes iguales, a menos que el Asegurado y/o Tomador haya establecido lo contrario en la póliza. Si ningún Beneficiario sobrevive a la muerte del Asegurado, el monto pagadero bajo esta póliza se entregará en una sola suma al albacea de la sucesión del Asegurado y/o Tomador que, conforme a la legislación vigente, sean tenidos como sus herederos legales.

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 a la póliza 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 una póliza le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XII. REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR EL ASEGURADO.

La persona que suscriba este seguro y ostente la calidad de Asegurado deberá cumplir los siguientes requisitos de aseguramiento:

- 1) Ser estudiante.
 - 2) Estar 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.
- La póliza no tiene limitaciones en cuanto a la edad de contratación.

CLÁUSULA XIII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO PARA SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA.

Con el fin de que el Tomador y/o Asegurado pueda disfrutar de los servicios contemplados, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Identificarse como Tomador y/o Asegurado ante los empleados de la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente condicionado.
2. Ser Tomador y/o Asegurado de una póliza vigente.
3. Brindar la información solicitada por el personal de atención al cliente.

CLÁUSULA XIV. OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

La omisión y/o inexactitud en que deliberadamente incurra el Asegurado y/o Tomador o el Beneficiario, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la emisión del seguro o en la ocurrencia del siniestro.

Para los casos en que dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en la cláusula cancelación anticipada 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 XV. 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 XVI. PRIMA DE LA PÓLIZA

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

CLÁUSULA XVII. PAGO DE LA PRIMA

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual. Dicho pago podrá efectuarse al Instituto, en efectivo, tarjeta de débito o crédito, depósito bancario o transferencia bancaria y/o cualquier otra forma de pago en la cual, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción.

CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto concederá al Asegurado y/o Tomador un período de gracia de veinte (20) días hábiles a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para pagar la prima anual. En caso de no efectuarse el pago dentro del período de gracia indicado, la póliza quedará cancelada. Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto rebajará de la indemnización correspondiente la prima pendiente.

CLÁUSULA XIX. 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 POR SINIESTROS

CLÁUSULA XX. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Para gozar de los beneficios de esta póliza, el Asegurado o Beneficiario cuenta con los siguientes plazos:

- a. Para la cobertura de gastos médicos, un plazo máximo de siete (7) días naturales siguientes al accidente para su respectiva atención y valoración sea en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma o en la clínica privada de su conveniencia. Si las consecuencias del accidente no se manifiestan en el momento del mismo, el Asegurado podrá beneficiarse de las prestaciones enumeradas hasta el límite contratado, siempre que las mismas se manifiesten y comuniquen al Instituto, a más tardar dentro de los siguientes sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, limitándose a lo estipulado en la Cláusula de Período Máximo de Cobertura.
- b. En caso de que a consecuencia del accidente se determine una Incapacidad Total y/o Parcial Permanente, la misma se cubrirá siempre y cuando ocurra en un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días posteriores a la fecha del accidente.
- c. Si a consecuencia del accidente ocurre la muerte del Asegurado, el deceso está cubierto siempre y cuando suceda de forma inmediata o dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente.

Los plazos señalados en esta cláusula son los establecidos por el Instituto para verificar las circunstancias del accidente y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo.

El Asegurado y/o Tomador o Beneficiario deberán presentar los siguientes requisitos para la presentación del siniestro:

1. Cobertura de Muerte Accidental

- a. Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c. Copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre.
- d. El Beneficiario debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde el Asegurado ha sido atendido.

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

- a. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b. Certificado médico con diagnóstico 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 REVISIÓN**, el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.
- c. En caso de una incapacidad parcial presentar un certificado del médico tratante con diagnóstico en el que se indique causa y lesión determinada, nombre del miembro afectado y lateralidad y porcentaje de incapacidad. Para la validación de esta cobertura el Instituto designará un médico.
- d. El Asegurado o su Representante Legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde el Asegurado ha sido atendido.

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 previo a ésta declaratoria.

3. Cobertura de Gastos Médicos por accidente

- a. El formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado, con el diagnóstico y la evolución en tiempo (días).
- b. Las facturas originales timbradas y canceladas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, deberán ser aportados al momento de presentar la reclamación.
- c. Recetas de medicamentos, prescripciones de exámenes de laboratorio, radiológicos u otro examen para diagnóstico.
- d. El Asegurado o su Representante Legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde el Asegurado ha sido atendido.

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

CLÁUSULA XXI. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Indemnizaciones de Gastos Médicos e Incapacidad Total y/o Parcial Permanente

- a. Todas las indemnizaciones previstas en esta póliza por lesiones corporales traumáticas, serán pagadas directamente al Asegurado si es mayor de edad. Cuando el Asegurado es menor de edad la indemnización será pagada al padre o a la madre o en su defecto según lo estipulado por la legislación civil.
- b. El Instituto reembolsará los gastos provenientes de médicos autorizados para el ejercicio de su profesión, clínicas, hospitales, farmacias y laboratorios legalmente autorizados.
- c. El Instituto podrá nombrar un médico cuando lo considere conveniente para el análisis del reclamo, quién tendrá a su cargo la verificación de las lesiones, la inspección de la clínica u hospital en que se encuentre internado el Asegurado, la comprobación y ajuste de los gastos.
- d. El Asegurado autoriza expresamente a los funcionarios que el Instituto designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en sus expedientes en el hospital, clínica o consultorio. Asimismo, se someterá a las revisiones médicas requeridas para el pago del reclamo.

2. Indemnizaciones por Muerte Accidental

Cuando el Asegurado es menor de edad la indemnización será pagada al padre o a la madre o en su defecto según lo estipulado por la legislación civil.

Cuando el Asegurado es mayor de edad la indemnización será pagada al beneficiario designado; en caso de no haber, se indemnizará según lo estipulado para herederos, en el Código Civil.

CLÁUSULA XXII. INVESTIGACIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida. Si la información referente al Asegurado o las coberturas a afectar de la presente póliza fuera fraudulenta, el Asegurado y/o los Beneficiario (s) perderá (n) todo derecho a la indemnización, sin perjuicio de que se inicie contra los responsables las acciones legales correspondientes.

El Instituto quedará relevado de toda responsabilidad y se procederá a la anulación automática de la póliza en los siguientes casos:

1. Si el Asegurado y/o Tomador o (los) Beneficiario (s) presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa o apoyada en declaraciones falsas o inexactas.
 2. Si el Asegurado y/o Tomador o (los) Beneficiario (s) o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar coberturas del seguro otorgados por la presente póliza.
 3. Las declaraciones falsas en que deliberadamente incurra el Asegurado y/o Tomador libera al Instituto de sus obligaciones.
- Si el Asegurado y/o Tomador o el (los) Beneficiario (s) hubiese (n) recibido alguna indemnización relacionada con esta póliza y posteriormente el Instituto compruebe que dicha indemnización fue producto de una reclamación fraudulenta o engañosa, el Asegurado y/o Tomador o el (los) Beneficiario (s) quedará (n) automáticamente obligado(s) a devolver al Instituto la suma percibida, conjuntamente con los daños y perjuicios causados.

CLÁUSULA XXIII. DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. Declinación: En aquellos casos de declinación, el Instituto comunicará por escrito al Asegurado y/o Tomador o Beneficiario (s) cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.
2. Revisión: El Asegurado y/o Tomador o el (los) Beneficiario (s) puede (n) solicitar la revisión ante el Instituto. Dicha revisión podrá presentarla directamente en el Instituto o ante el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado.

Para la revisión deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. Cuando proceda el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado remitirá la revisión al Instituto en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida.

CLÁUSULA XXIV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

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

SECCION H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro autoexpedible el cual puede ser prorrogable y/o anual renovable, donde el Asegurado se puede asegurar por cuenta propia o por un tercero. Entrará en vigor en la fecha y hora indicada en la Oferta de Seguro, siempre que el Asegurado y/o Tomador haya pagado la prima estipulada.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XXVI. MODIFICACIONES EN LAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA

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

El Asegurado y/o Tomador también podrá solicitar modificaciones en las condiciones establecidas en la oferta de seguro, mediante solicitud escrita enviada al Instituto. El Instituto analizará la solicitud y si así correspondiere, realizará la modificación que entrará en vigencia a partir de la siguiente vigencia anual de la póliza.

En caso de que el Asegurado y/o Tomador no efectúe la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia de la misma, quedando en este caso excluidos únicamente los siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

CLÁUSULA XXVII. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza se terminará anticipadamente cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Asegurado y/o Tomador.
2. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta póliza.
3. Vencido el periodo de gracia y no haya pago de la prima.
4. Por falta de pago de la prima.
5. Fallecimiento del Asegurado.
6. Finalice la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XXVIII. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Si el Asegurado y/o Tomador decide no mantener este seguro, deberá comunicarlo por escrito al Operador de Seguros Autoexpedibles, al Intermediario de Seguros Autorizado o al Instituto con al menos 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 y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso. Si el seguro es cancelado a solicitud del Asegurado y/o Tomador, 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 produzca posterior a los primeros cinco (05) días de la emisión del seguro, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente tabla, por lo cual; deberá reembolsar al Asegurado y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días hábiles	0%
Más de 5 días hábiles hasta 30 días	45%
Más de 30 hasta 60 días naturales	52%
Más de 60 hasta 90 días naturales	58%
Más de 90 hasta 120 días naturales	65%
Más de 120 hasta 150 días naturales	71%
Más de 150 hasta 180 días naturales	76%
Más de 180 hasta 210 días naturales	81%
Más de 210 hasta 240 días naturales	86%
Más de 240 hasta 270 días naturales	90%
Más de 270 hasta 300 días naturales	93%
Más de 300 hasta 330 días naturales	97%
Más de 330 hasta 365 días naturales	100%

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

SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXIX. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA XXX. 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 que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura.

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 XXXI. 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 XXXII. 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 y/o Tomador en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XXXIII. 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 XXXIV. 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 oferta 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.

CLÁUSULA XXXV. 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 XXXVI. REPOSICIÓN DE PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo de esta póliza, el Instituto, el Operador de Seguro Autoexpedible o intermediario de seguros autorizado, emitirá un duplicado sin costo alguno, previa solicitud escrita del Asegurado y/o Tomador.

SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

CLÁUSULA XXXVIII. 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.

SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XXXIX. 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.

CLÁUSULA XL. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza, serán remitidas por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado y/o Tomador en la Oferta de seguro o a la última recibida por el Instituto.

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

SECCIÓN L. LEYENDA DEL REGISTRO

CLÁUSULA XLI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-33-A01-044 V8 de fecha noviembre del 2019.