

N° DE PÓLIZA:

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN DEL SEGURO O DE LA SOLICITUD DE ENDOSO Y DESTINO:

LUGAR:

Fecha de emisión: Destino:

DATOS DEL TOMADOR

SI EL TOMADOR DEL SEGURO Y EL ASEGURADO SON LA MISMA PERSONA, OMITA LLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Número de Identificación:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Célibe Otro:

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año Nacionalidad: Sexo: Femenino Maculino

Dirección exacta de domicilio:

Provincia: Cantón: Distrito:

Teléfono domicilio: Teléfono celular: Teléfono oficina:

Correo electrónico:

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Número de Identificación:

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Otro:

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Célibe Otro:

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año Nacionalidad: Sexo: Femenino Maculino

Dirección exacta de domicilio:

Provincia: Cantón: Distrito:

Teléfono domicilio: Teléfono celular: Teléfono oficina:

Correo electrónico:

PLAZO DE VIGENCIA

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

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

N°	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Parentesco con el Asegurado	Porcentaje
1				<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Otro			
2				<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Otro			
3				<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Otro			

Para designar como beneficiario a un menor de edad, se debe indicar el nombre del menor, y éste será representado conforme lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Familia de Costa Rica.
 En caso de no establecer beneficiarios en este apartado y comunicado al Instituto Nacional de Seguros, se considerarán los establecidos en la Clausula Beneficiarios de las Condiciones Generales de la póliza.

AUTORIZACIÓN DEL TOMADOR / ASEGURADO POR EL COBRO DE PRIMA

Nombre del tarjetahabiente: Número de Tarjeta:

Medio de Pago: Efectivo Tarjeta de Crédito Tarjeta de Débito Fecha de vencimiento: Tipo de Tarjeta: Visa Master Card American Express Otro:

Prima Total a cobrar: Moneda: Colones Dólares

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

DATOS DEL SEGURO

COBERTURAS		OPCIÓN 1
Cobertura A	Muerte Accidental del Asegurado	US\$50,000
	Pérdida de Extremidades, 10% de la suma asegurada en Muerte Accidental.	US\$5,000
	Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, 20% de la Suma Asegurada en Muerte Accidental.	US\$10,000
Cobertura B	Gastos Médicos y Adicionales incurridos por Accidente, Emergencia Médica o Enfermedad Aguda (sujeto a deducible de US\$100.00 por reclamo). · Servicios médicos por enfermedades epidémicas y pandémicas, sublímite: US\$7,500.- · Emergencia médica por enfermedad preexistente, sublímite: US\$ 10.000. (Cuando esté en riesgo la vida del paciente). · Gastos funerales, sublímite: US\$ 3.000.- · Servicios de emergencia por tratamiento dental, máximo US\$ 500.- · Repatriación sanitaria. · Repatriación de restos mortales. · Traslado aéreo de un acompañante, por recomendación médica. · Gastos por traslado aéreo del asegurado. · Alojamiento, pensión y transporte local para acompañante USD\$ 100.- diarios / máximo USD\$ 1.000.- · Retorno de menores Sublímite USD\$500	Hasta US\$100,000
Cobertura C	Renta Diaria por Hospitalización	US\$25.00 / Máximo US\$850.00
Cobertura D	Cancelación y Acortamiento de Viaje	Hasta US\$5,000.00
Cobertura E	Retraso en el Viaje	US\$100.00
	Pérdida Temporal de Equipaje	US\$50.00
Cobertura F	Pérdida Definitiva de Equipaje	US\$250.00
Cobertura G	Pérdida de pasaporte	US\$100.00
Cobertura H	Responsabilidad Civil por Lesión y/o Muerte de Personas	Hasta US\$1,000
Cobertura I	Honorarios Legales por Accidente de Tránsito	Hasta US\$500
Cobertura J	Fianzas Legales por Accidente de Tránsito	Hasta US\$500

SEGURO VIAJERO CON ASISTENCIA PARA ESTUDIANTES

CUADRO DE PRIMAS DE ACUERDO A LAS EDADES DE CONTRATACIÓN Y EL NUMERO DE DÍAS DE VIAJE

Período (días)	Asegurados entre los 7 años y hasta los 64 años	Asegurados de 65 a 69 años	Asegurados de 70 a 85 años	Asegurados de 86 años en adelante
Hasta el día 210	\$801,00	\$1.202,00	\$5.607,00	\$12.016,00
Hasta el día 240	\$915,00	\$1.373,00	\$6.406,00	\$13.726,00
Hasta el día 270	\$1.030,00	\$1.545,00	\$7.211,00	\$15.452,00
Hasta el día 300	\$1.144,00	\$1.716,00	\$8.009,00	\$17.162,00
Hasta el día 330	\$1.258,00	\$1.887,00	\$8.807,00	\$18.872,00

OTROS TEMAS

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

- La solicitud de seguro que cumpla con todos los requisitos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por éste dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud se entenderá aceptada a favor del solicitante. En caso de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder dos (2) meses.
- El Asegurado ha sido enterado de que la expedición de este contrato y la cobertura de esta póliza está sujeta al pago de la prima.
- Las Condiciones Generales de este seguro pueden consultarlas a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com.
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@ins-cr.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.
- El Asegurado declara que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además ha manifestado que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.
- El Asegurado expresa libremente que la información brindada y detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.
- Entiendo y apruebo que el INS incluirá los datos del Asegurado a una base, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas. El INS podrá trasladar los datos a sus colaboradores, partes vinculadas, proveedores, intermediarios y socios comerciales, y a las empresas que conforman el Grupo INS, con el fin de ejecutar el contrato u ofrecer productos o servicios adicionales, todo sujeto a las políticas y normativa sobre protección de datos. El INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas. Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el Asegurado tiene derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Firma del Asegurado:

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO / INTERMEDIARIO DE SEGUROS / ASEGURADORA

NOTIFICACIONES

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

FIRMAS CORRESPONDIENTES

Asegurado	Intermediario	Instituto Nacional de Seguros
Firma del Asegurado: <input type="text"/>	Nombre y Código de Intermediario <input type="text"/>	Firma Representante Legal
	Correo electrónico Intermediario: <input type="text"/>	
	Número Teléfono Intermediario: <input type="text"/>	

Registro en SUGESE número P16-35-A01-015 V8 de fecha 31 de mayo del 2023.