

SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

A. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA .....3

B. ÁMBITO DE COBERTURA.....3

C. RIESGO CUBIERTO .....3

D. SUMA ASEGURADA.....3

E. PERIODO DE COBERTURA .....3

F. EXCLUSIONES.....3

G. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....4

H. PRIMA.....4

I. PAGO DE LA PRIMA.....4

J. PERÍODO DE GRACIA .....5

K. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS .....5

L. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....6

M. VIGENCIA Y RENOVACIÓN.....6

N. CANCELACIÓN ANTICIPADA .....6

O. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....6

P. DERECHO DE RETRACTO.....6

Q. CONDICIONES VARIAS.....7

R. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....7

S. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES. ....8

## SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

#### COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, cédula jurídica 400000-1902-22 ("el INSTITUTO") se compromete con el TOMADOR y/o ASEGURADO, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas en la oferta que origina este contrato.

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

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



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

## SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

#### A. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

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

#### B. ÁMBITO DE COBERTURA

Este seguro ampara el deducible derivado de pólizas de automóviles, emitidas por cualquier aseguradora.

La cobertura aplica a dos eventos durante la vigencia anual de la póliza para las coberturas de responsabilidad civil o daño directo.

Para estos efectos, un evento se entiende como el deducible aplicado a la indemnización realizada con cargo a la cobertura de responsabilidad civil o de daño directo de la póliza del Asegurado.

#### C. RIESGO CUBIERTO

- INDEMNIZACIÓN POR DEDUCIBLE

El Instituto indemnizará hasta el monto asegurado establecido en la Oferta de Seguro, al comprobarse la rebaja del deducible en la indemnización pagada por una aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros en la cobertura de daño directo y/o responsabilidad civil.

#### D. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada se establece en la Oferta de Seguro, de acuerdo con el plan contratado y será el monto máximo de responsabilidad por parte del Instituto.

#### E. PERIODO DE COBERTURA

El seguro cubrirá únicamente eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza. Aunque el reclamo se presente posterior a la finalización de la vigencia.

#### F. EXCLUSIONES

Este seguro no cuenta con exclusiones.

# SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE CONDICIONES GENERALES

## G. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Pagar la prima.
2. Proporcionar al Instituto toda la información requerida de forma completa y veraz.
3. Colaborar con el Instituto en las diligencias que amerite el procedimiento de atención de reclamos.

## H. PRIMA

La prima es el precio que le corresponde pagar al Asegurado y es indicada en la Oferta de Seguro, según el plan contratado y sus formas de pago.

En la fecha de vencimiento o terminación de la vigencia de la póliza, el Instituto podrá modificar la prima aplicable a ésta, dando aviso escrito al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza. Una vez que el Asegurado reciba la notificación de modificación de la prima, podrá solicitar la terminación de la póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de haber recibido la notificación del Instituto. En caso de que, no soliciten la terminación de la póliza, se considerará que ha aceptado la modificación de la prima del seguro.

## I. PAGO DE LA PRIMA

La prima de suscripción y la de las renovaciones son de pago anticipado de acuerdo con la tarifa establecida por el Instituto. El asegurado podrá optar por el pago fraccionado de forma semestral, trimestral o mensual. Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de prima deberá pagar un recargo de acuerdo con el siguiente esquema:

| MULTIMONEDA   |                       |
|---------------|-----------------------|
| Forma de pago | Porcentaje de Recargo |
| Mensual       | 7%                    |
| Trimestral    | 6%                    |
| Semestral     | 4%                    |
| Anual         | No incluye recargo    |

También desde la fecha de emisión de la póliza el Asegurado pueden optar por las formas de pago de primas “Deducción Mensual de Sueldo” \* o “Cargo Automático a Tarjeta de Crédito o Débito” en cuyo caso se hará constar así en la Oferta de Seguro, con la prima vigente a la fecha de emisión.

La forma de pago de la prima puede ser cambiada a solicitud del Asegurado durante la vigencia de la póliza. Cuando se trate de cambio a forma de pago anual, el pago de la prima debe coincidir con el aniversario de la póliza.

Si al momento de la indemnización existe alguna parte de la prima pendiente de pago, para completar la prima anual, el INS deducirá dicha parte de la indemnización.

## SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

\*Pago por medio de Deducción Mensual para pólizas en moneda de colones:

Si el Asegurado opta por el pago de la prima mediante deducción de su salario, autoriza al patrono a realizar dicha deducción para que sea entregada al Instituto. La deducción mensual terminará cuando:

1. Cese el trabajo con el patrono que realiza las deducciones de la prima.
2. Termine el período de pago de primas, de acuerdo con las condiciones de esta póliza.
3. Solicite expresamente al Instituto, que no realice más deducciones, en cuyo caso la comunicación deberá entregarla a más tardar el día décimo (10mo) del mes correspondiente; caso contrario, la prima de ese mes deberá ser cubierta en su totalidad.
4. Se termine el convenio de deducciones mensuales entre el patrono y el Instituto.
5. Deje de percibir en forma transitoria el salario, total o parcialmente.

#### J. PERÍODO DE GRACIA

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

Si durante el período de gracia 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.

#### K. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

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

##### Requisitos:

1. Dar aviso del rebajo del deducible al Instituto mediante el correo [autoexpediblededucibles@grupoins.com](mailto:autoexpediblededucibles@grupoins.com).
2. Presentar hoja de liquidación o documento análogo extendido por la aseguradora que emitió el pago, en la cual se detalle: número de póliza, nombre del Asegurado, número de placa del vehículo asegurado y el deducible que asumió producto del siniestro, el cual no debe venir alterada o con información inexacta.
3. Cuando el tomador del seguro de automóviles y el tomador de este seguro son diferentes, debe aportar el contrato de leasing, según corresponda.
4. Presentar copia del documento de identidad del Asegurado.

## SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

#### L. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

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

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

#### M. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

Esta póliza se emite bajo la modalidad de seguro individual autoexpedible, con una vigencia anual, a partir de la fecha de suscripción indicada en la Oferta de Seguro y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Esta póliza es renovable o prorrogable por períodos iguales de manera indefinida, salvo que alguna de las partes exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso de que el Instituto requiera incluir modificaciones en la cobertura o la prima, éstas deberán ser comunicadas con (30) días naturales de anticipación a la fecha de renovación.

#### N. CANCELACIÓN ANTICIPADA

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

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

#### O. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza finalizará cuando:

1. La falta de pago de la prima de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.
2. El Asegurado incumpla la Ley N°7786 o normativa complementaria.
3. El riesgo deje de existir.

#### P. DERECHO DE RETRACTO

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

## SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

#### Q. CONDICIONES VARIAS

##### 1. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente póliza, que se realicen entre el Asegurado y el Instituto, se efectuarán en colones o dólares americanos, según lo indicado en la Oferta de Seguro.

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

##### 2. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este contrato de seguro se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N°8956 y sus Reglamentos, Ley N°7786 Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y sus reformas y la normativa que la complementa, la Ley de Tránsito por Vías Públicas Terrestres y Seguridad Vial N°9078, el Código de Comercio y el Código Civil.

##### 3. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

#### R. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

Serán competentes para resolver las discrepancias los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica; o bien, cuando así lo acuerden las partes, podrán ser resueltas a través de mecanismos establecidos en la Ley Sobre Resolución Alterna de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en

## SEGURO DEDUCIBLES DE AUTOMÓVILES INS AUTOEXPEDIBLE

### CONDICIONES GENERALES

cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

#### **S. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.**

El Asegurado en todo momento podrá comunicarse con el Instituto al Centro de Contacto de Servicio al Cliente descrito en las presentes condiciones.

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

Registro en SUGESE número **G11-22-A01-1031** de fecha **14 de setiembre del 2022**.

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

#### LUGAR Y FECHA

|        |        |       |
|--------|--------|-------|
| Lugar: | Fecha: | Hora: |
|--------|--------|-------|

#### DATOS DEL ASEGURADO DEL SEGURO

|                                                                                                                                                                                                 |                     |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Primer Apellido:                                                                                                                                                                                | Segundo Apellido:   | Nombre:                   |
| Tipo de Identificación:<br><input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                     | Número de Identificación: |
| N° teléfono o celular:                                                                                                                                                                          | Correo electrónico: |                           |

#### OBJETO A ASEGURAR

Deducibles asegurados bajo las pólizas de los Seguros de Automóviles de cualquier Aseguradora que amparan al vehículo placa N°:

#### PLAZO DE VIGENCIA

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

#### OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

#### COBERTURA Y SUMAS ASEGURADAS

| Cobertura                   | Monto Asegurado                       | Prima Deducción Mensual |
|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Indemnización por deducible | <input type="checkbox"/> \$200 000,00 | \$1 981,00              |
|                             | <input type="checkbox"/> \$300 000,00 | \$2 923,00              |
|                             | <input type="checkbox"/> \$400 000,00 | \$3 810,00              |

**Nota:** Los montos de prima antes indicados incluyen el 13% del IVA de conformidad con lo establecido en la Ley N° 6826 - "Ley de Impuesto al Valor Agregado (IVA)".

#### AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO POR EL COBRO DE PRIMA

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del tarjetahabiente:                                                                                                                                                                                | Número de tarjeta:                                                                                                                                                                             |
| Medio de Pago:<br><input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito                                                                 | Fecha de vencimiento:<br>Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card<br><input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Prima Total a cobrar:                                                                                                                                                                                      | Moneda:<br><input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares                                                                                                                   |
| Periodicidad de Pago:<br><input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Deducción Mensual |                                                                                                                                                                                                |

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

#### OTROS TEMAS

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

- El Asegurado ha 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](http://www.grupoins.com).
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico [contactenos@ins-cr.com](mailto: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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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 Financiero 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 o asegurado tienen 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.</li></ul> <div style="text-align: center;"><hr/><p>Firma del Asegurado</p></div> |  |

| OBSERVACIONES DEL ASEGURADO / INTERMEDIARIO DE SEGUROS / ASEGURADORA |
|----------------------------------------------------------------------|
|                                                                      |

| NOTIFICACIONES                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|
| El Tomador indica que el medio por el cual desea ser notificado sea: |

| FIRMAS CORRESPONDIENTES        |                                                                                                                                                                                |                                          |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Asegurado                      | Intermediario                                                                                                                                                                  | Instituto Nacional de Seguros            |
|                                | <div>Nombre y Código de Intermediario</div> <div>Correo electrónico Intermediario</div> <div>Número Teléfono Intermediario</div> <div>Dirección Física del Intermediario</div> | <div>Firma del Representante Legal</div> |
| <div>Firma del Asegurado</div> |                                                                                                                                                                                |                                          |

Registro en SUGESE número G11-22-A01-1031 de fecha 30 de abril del 2022.