



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
SECCIÓN A. DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA	10
CLAUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES.....	10
SECCIÓN C. ÁMBITO DE LA COBERTURA	10
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA	10
CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA	11
CLÁUSULA V. COBERTURAS	11
CLÁUSULA VI. PERÍODO DE CARENCA.....	14
CLÁUSULA VII. GASTOS NO CUBIERTOS.....	15
CLÁUSULA VIII. RIESGOS NO CUBIERTOS.....	18
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	19
CLAUSULA IX. BENEFICIARIOS.....	19
CLAUSULA X. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	20
CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO	20
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO	20
CLÁUSULA XII. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO	20
CLÁUSULA XIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	21
CLÁUSULA XIV. PROVEEDORES AFILIADOS	21
CLÁUSULA XV. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS.....	22
CLÁUSULA XVI. COASEGURO	22
CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE	22
SECCIÓN F. PRIMAS.....	22
CLÁUSULA XVIII. PAGO DE LA PRIMA.....	22
CLÁUSULA XIX. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA	23
CLÁUSULA XX. PERÍODO DE GRACIA	23
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN.....	24
CLÁUSULA XXI. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN...	24
SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	25



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXII. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS.....	25
CLÁUSULA XXIII. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR)	28
CLÁUSULA XXIV. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO)	29
CLÁUSULA XXV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	30
CLÁUSULA XXVI. AUDITORIA MÉDICA	30
CLÁUSULA XXVII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	31
SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS Y/O RENOVACIONES	31
CLÁUSULA XXVIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	31
CLÁUSULA XXIX. RENOVACIÓN.....	32
CLÁUSULA XXX. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA	32
CLÁUSULA XXXI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA.....	32
CLÁUSULA XXXII. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	33
SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS	34
CLÁUSULA XXXIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	34
CLÁUSULA XXXIV. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	35
CLÁUSULA XXXV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	35
CLÁUSULA XXXVI. MONEDA.....	35
CLÁUSULA XXXVII. SUBROGACIÓN.....	35
CLÁUSULA XXXVIII. OTROS SEGUROS.....	35
CLÁUSULA XXXIX. PRESCRIPCIÓN	36
CLÁUSULA XL. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO	36
SECCIÓN K. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS	36
CLÁUSULA XLI. LEGISLACIÓN APLICABLE	36
CLÁUSULA XLII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	36
SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	36
CLÁUSULA XLIII. COMUNICACIONES	36
SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO	37
CLÁUSULA XLIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	37



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, titular de la cédula jurídica 400000-1902-22, en adelante denominado **INSTITUTO**, se compromete con el **ASEGURADO** a la expedición de la presente póliza, de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas por el **ASEGURADO Y/O TOMADOR** en la solicitud 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
Cédula Jurídica 400000-1902-22



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS 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, violenta, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
2. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS:** Es la figura del Instituto 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.
3. **APARATOS DE APOYO:** Dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neurológico, muscular o esquelético.
4. **ASEGURADO:** Toda persona protegida por esta póliza. En la modalidad colectiva es toda persona que:
 - a) Sea una persona física,
 - b) Haya sido reportada por el Tomador del seguro y aceptada por el Instituto.
5. **ASEGURADO DIRECTO:** Persona asegurada que suscribe esta póliza.
6. **ASEGURADO NOMINAL:** Persona que suscribe y paga la póliza a nombre de otra como responsable, pero que no goza de los beneficios de la misma.
7. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
8. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
9. **CIRUGÍA PROGRAMADA O ELECTIVA:** Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que, aun cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- 10. CLIMATERIO:** Período de la vida de las personas que se caracteriza por una serie de fenómenos que afectan todo el organismo y que se deben a una disminución natural de la actividad de las glándulas sexuales.
- 11. COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro que le corresponde asumir al Asegurado.
- 12. CONSULTA MÉDICA:** Valoración física que efectúa el médico tratante al paciente. Comprende historia clínica, examen físico, prescripción para el tratamiento o pruebas de diagnóstico y valoración para referencia.
- 13. CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
- 14. COSTO DE SERVICIOS MÉDICOS:** Es el cobro, cargo u honorario hecho por un proveedor afiliado de servicios médicos de la Red de Proveedores del INS a personas que presenten enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.
- 15. DEPENDIENTE:** Se consideran como dependientes asegurables a las siguientes personas:
 - a. El cónyuge o conviviente.
 - b. Los hijos del Asegurado ya sean de él mismo, del cónyuge o conviviente, o de ambos, siempre que sean solteros, que a la fecha del siniestro dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes. Adicionalmente debe cumplir con lo estipulado en la Cláusula Requisitos de Aseguramiento, punto 1 Edades de Contratación.
- 16. DEPORTES DE ALTO RIESGO:** Son todas aquellas actividades recreativas o deportivas que presentan mayor peligro de accidente para quienes las practican, sea por frecuencia o por severidad.
- 17. DEPORTES PROFESIONALES:** Son todos aquellos deportes donde el Asegurado participa voluntariamente por competición, dentro del ámbito de una organización o Club y a cambio recibe una remuneración.
- 18. DISPUTABILIDAD:** Cláusula defensiva, que permite a la compañía de seguros investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la muerte de un Asegurado antes de cumplir el plazo establecido en la cobertura de muerte de las condiciones generales del seguro de gastos médicos. Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la inclusión del Asegurado



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

y el siniestro ocurre antes del plazo indicado, permite liberar su responsabilidad de pago.

- 19. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 20. EMERGENCIA:** Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (24) horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.
- 21. ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.
- 22. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** Afecciones infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce casi exclusivamente durante las relaciones sexuales.
- 23. ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que, con anterioridad a la adquisición de la póliza, haya sido:
- a. Diagnosticada por un médico; o
 - b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
 - c. Recibido tratamiento médico, servicios o suministros.
 - d. Practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos pertinentes.
 - e. Tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
- 24. FARMACIA:** Todo establecimiento comercial autorizado legalmente para el expendio de medicamentos.
- 25. 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.
- 26. GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
- 27. GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- 28. 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.
- 29. GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos médicos erogados por el Asegurado y aprobados por el Instituto que resulten de la ocurrencia de un evento o enfermedad amparable por esta póliza y que sean indispensables en el diagnóstico o tratamiento de estos.
- 30. HOSPITAL O CLÍNICA:** Establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.
- 31. HOSPITALIZACIÓN.** Es cuando un Asegurado es ingresado en un hospital, registrado como paciente de cama, por un período continuo no menor de veinticuatro (24) horas.
- 32. LABORATORIO:** Todo establecimiento autorizado para realizar exámenes por un microbiólogo o técnico en microbiología debidamente autorizado por el colegio respectivo.
- 33. LICENCIA HABILITANTE:** Documento formal otorgado por el Estado de Costa Rica que faculta a una persona para conducir el vehículo involucrado en el accidente y ésta no se encuentre suspendida al momento del accidente.
- 34. MÉDICO U ODONTÓLOGO:** Profesional autorizado legalmente por el colegio respectivo para ejercer en el campo de medicina u odontología.
- 35. MORBILIDAD:** Es la frecuencia de la aparición de enfermedades y se describe como el número total de enfermedades, problemas de salud o condición incapacitante que acontecen durante un período de tiempo para una población o lugar determinado.
- 36. PERÍODO DE CARENCIA:** Período de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las garantías previstas.
- 37. PERÍODO DE GRACIA:** Es el período después del vencimiento de la póliza, durante el cual ésta puede ser pagada sin el cobro de intereses ni recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- 38. PÓLIZA:** Es el documento que contiene las Condiciones Generales, Particulares y los Adenda que rigen la póliza.
- 39. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Es la autorización que se otorga al proveedor de servicios médicos, previo al ingreso o tratamiento de un Asegurado para una hospitalización, cirugía programada, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.
- 40. PRE-MENOPAUSIA:** es el período que precede a la última menstruación (menopausia).
- 41. PRIMA:** Precio pactado por el seguro contratado.
- 42. PROVEEDOR AFILIADO:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud. Existen dos tipos de proveedor:
- a. Tipo A: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos mayores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
 - b. Tipo B: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos menores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
- 43. PROVEEDOR NO AFILIADO:** Es la persona física o jurídica que no tiene un convenio con el Instituto para proporcionar los bienes o servicios de salud a los asegurados.
- 44. RED DE PROVEEDORES:** Son todos aquellos proveedores afiliados los cuales tienen un convenio con el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud a los asegurados.
- 45. REFRACCIÓN VISUAL:** Fenómeno físico mediante el cual los rayos de luz provenientes de un objeto, cambian de dirección a su paso por determinadas estructuras del ojo, para enfocarse en un punto determinado de la retina.
- 46. REPRODUCCION ASISTIDA:** La reproducción asistida es el conjunto de técnicas o métodos biomédicos que facilitan o sustituyen a los procesos naturales que se dan durante la reproducción.
- 47. RETICENCIA:** Ocultación maliciosa de forma parcial o total efectuada por el Asegurado al realizar las declaraciones sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- 48. SINIESTRALIDAD:** Es el resultado de dividir el monto de los siniestros pagados durante el último período de vigencia anual de la póliza más los montos provisionados de siniestros que se encuentren pendientes de liquidación, entre el monto de las Primas Emitidas (netas de cancelaciones o devoluciones) durante el último período de vigencia anual de la póliza.
- 49. TARIFAS A CORTO PLAZO:** Es el porcentaje de la prima no devengada que se devuelve una vez considerado el gasto administrativo.
- 50. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN:** Es el carné que identifica a cada Asegurado cuando suscribe el seguro, en el cual se detalla su nombre, monto asegurado, número de póliza y fecha de emisión del seguro. Una vez perfeccionado el contrato, el Instituto entregará el carné a cada Asegurado.
- 51. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos.
- 52. TRANSPORTE TERRESTRE EN AMBULANCIA:** Servicio de transporte terrestre del paciente asegurado, en vehículos debidamente equipados para atender y trasladar enfermos.
- 53. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:** Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y modalidades de comunicación, así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo.
- 54. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL:** Se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicios relacionados (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:
- a. Estar en la fase I, II ó III de experimentación para aprobación, según la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).
 - b. No estar aprobado o reconocido por la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés) para la enfermedad en cuestión.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- c. Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
- d. No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el Asegurado o no estar generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos, AMA (Asociación Médica Americana).
- e. Estar descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en un documento de consentimiento, descargo o autorización firmado por el Asegurado o alguna persona actuando en nombre de él.

El hecho de que el procedimiento, servicio, dispositivo, droga o combinación de drogas, o equipo sea la única esperanza de sobrevivencia del Asegurado, no cambia el hecho de que el mismo sea investigativo o experimental.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA

CLAUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen este contrato: La cotización de seguro aceptada por el Tomador del seguro, la solicitud de seguro, los reportes del Tomador del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares; así como los adenda y el certificado en la modalidad colectiva.

El orden de prelación de los documentos que constituyen esta póliza es el siguiente: Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Certificados, Solicitud del Seguro, declaración de salud, pruebas de asegurabilidad, los adenda y reporte del Tomador de Seguro.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

Tanto el Asegurado Directo como los Dependientes podrán obtener cobertura en esta póliza, siempre y cuando hayan presentado la Solicitud para un Seguro de Gastos Médicos del INS, hayan sido aceptados por el Instituto y hayan pagado la prima.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

De conformidad con las condiciones de esta póliza el Instituto cubrirá al Asegurado Directo y/o los Dependientes asegurados por los gastos en que hayan incurrido por los bienes o servicios de salud, dentro de lo médicamente necesario, para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, accidentes o embarazos.

La cobertura de esta póliza contempla gastos incurridos en el territorio nacional. No obstante, si el Asegurado incurre en gastos médicos fuera de Costa Rica, éstos serán cubiertos de acuerdo con el cobro, cargo u honorario realizado por los afiliados a la Red de Proveedores del INS.

CLÁUSULA IV. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima del Instituto ante cada Asegurado, por los gastos efectivamente incurridos durante cada año póliza, estará indicada en las Condiciones Particulares, así como en los certificados de cada uno de los miembros del grupo.

CLÁUSULA V. COBERTURAS

Esta póliza comprende las siguientes coberturas, las cuales no es posible adquirir en forma separada.

1. COBERTURA A

El monto anual disponible máximo para esta cobertura corresponde al diez por ciento (10%) del monto asegurado. Se incluyen en esta cobertura los siguientes bienes y servicios:

- a. Consulta médica fuera de hospital, a causa distinta de embarazo.
- b. Medicamentos, servicios de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, estrictamente necesaria fuera de hospital, prescritos por el médico tratante, a causa distinta de embarazo.

2. COBERTURA B

El monto anual disponible máximo para esta cobertura corresponde al noventa por ciento (90%) del monto asegurado. Se incluyen en esta cobertura los siguientes bienes y servicios:

a. Servicios de Hospitalización

Incluyen los bienes y servicios que se le brinden al Asegurado, cuando se encuentre internado en un hospital como paciente de cama registrado, entre otros:

- i. Cuarto privado y alimentación.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- ii. Uso de sala de observación, operaciones y sala de recuperación.
- iii. Uso de sala para cuidados intensivos o aislamiento y equipo de apoyo utilizados en ésta.
- iv. Medicamentos, anestesia, equipo de anestesia y oxígeno.
- v. Una visita diaria del médico u odontólogo tratante.
- vi. Cuidados de enfermería general o especializada.
- vii. Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
- viii. Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
- ix. Exámenes de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, estrictamente necesarias e indicadas por escrito, de acuerdo con el padecimiento del Asegurado.

b. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatoria

Comprenden los procedimientos médico-quirúrgicos, de acuerdo con el diagnóstico; incluye, entre otros, los servicios del cirujano, asistente (s) y anestesista.

c. Cuidados de Enfermería en el Hogar

Incluyen los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería, debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión. La cobertura contempla un máximo de sesenta (60) horas por año póliza.

d. Terapias Especiales

Servicio de radioterapia, lumino-terapia, láser-terapia, galvano-terapia, quimioterapia, rehabilitación cardíaca, radioterapia por acelerador lineal, sonoterapia, medicina nuclear y medicina del dolor, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.

e. Exámenes Especiales

Estudios neurológicos, pruebas de diagnóstico no tradicionales, laboratorios especiales y estudios cardiovasculares especializados.

f. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria

Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria, siempre que sean prescritas por el médico tratante, con un máximo de quince (15) sesiones por año póliza.

g. Aparatos de Apoyo

Las prestaciones que se detallan a continuación, prescritas por el médico tratante para el tratamiento de:

- i. **Enfermedad:** Aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.

- ii. **Incapacidad:** Pago de alquiler de muletas, silla de ruedas, cama especial para enfermo y otros aparatos similares para el tratamiento de la incapacidad física.

Esta cobertura contempla un máximo de un diez por ciento (10%) de la suma asegurada.

h. Transporte terrestre en ambulancia.

Pago del transporte terrestre en ambulancia de la casa de habitación del Asegurado al Centro Médico y viceversa, o entre Centros Médicos, siempre y cuando sea médicamente justificado.

3. COBERTURA EN CASO DE MUERTE

El Instituto indemnizará, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Suma Asegurada, la suma que corresponda en caso de muerte de los asegurados por esta póliza, independientemente de si hubiera agotado o no la suma asegurada siempre que la póliza se encuentre vigente.

Esta cobertura se otorgará, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones de esta póliza y la cobertura de muerte no haya sido excluida en el aseguramiento.

a. Disputabilidad

El Instituto se reserva el derecho de disputar la cobertura de muerte, por un período de dos (2) años, a partir de la inclusión al seguro, debido a la reticencia, declaración falsa, inexacta o incompleta al momento de llenar la solicitud de seguro y declaraciones anexas y que alteraron los elementos básicos considerados para la aceptación del riesgo.

Aumentos de monto que se efectúen después de la emisión de esta póliza podrá ser disputado por el Instituto, desde la fecha de tal aumento y hasta por el plazo que se indicó anteriormente.

b. Suicidio

Si el Asegurado se suicida, en su sano juicio o no, dentro de los dos (2) primeros años desde la emisión o su inclusión en esta póliza, no se pagará ninguna suma por esta cobertura.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

c. Beneficiarios

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán los estipulados según se indica en la Cláusula IX. Beneficiarios.

4. COBERTURA DE MATERNIDAD

Esta cobertura ampara únicamente a la asegurada directa, cónyuge o conviviente del Asegurado Directo, siempre y cuando se paguen las primas por ella, hasta por el monto establecido de acuerdo con la suma contratada.

Incluye los siguientes gastos:

- i. Durante el embarazo: las consultas médicas, medicamentos, servicios de laboratorio y ultrasonido fuera de hospital, prescritos por el médico tratante.
- ii. Atención al final del embarazo: sala de partos o de cirugías en caso de cesárea, incluyendo el cirujano u obstetra, asistente (s), anestesista y hospitalización.
- iii. La revisión inicial del recién nacido, por un pediatra o neonatólogo, en sala de parto o de operaciones.

CLÁUSULA VI. PERÍODO DE CARENCIA

No obstante, lo indicado en la Cláusula de Coberturas durante los primeros doce (12) meses a partir de su inclusión en esta póliza, se excluyen los gastos en que incurra el Asegurado por las condiciones que se listan a continuación:

- a. Catarata, glaucoma.
- b. Enfermedades de las amígdalas, adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz y senos paranasales.
- c. Asma.
- d. Enfermedades de la tiroides.
- e. Enfermedades de la mama.
- f. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar.
- g. Hernias de cualquier tipo y localización.
- h. Litiasis del sistema urinario y/o sus complicaciones.
- i. Enfermedades de la próstata.
- j. Fístulas del ano, fisuras del ano y hemorroides.
- k. Insuficiencia venosa, várices y varicocele.
- l. Enfermedades del aparato genital femenino y prolapso urogenital.
- m. Osteopenia, osteoporosis y /o sus complicaciones.
- n. Tratamiento, hospitalización u otros suministros relacionados con el embarazo o su fase final.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- o. Todo gasto relacionado con el trasplante al Asegurado de algún órgano o parte de él.**

CLÁUSULA VII. GASTOS NO CUBIERTOS

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados por y/o a consecuencia de:

- 1. Trastornos y enfermedades mentales de cualquier tipo y sus manifestaciones clínicas, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.**
- 2. Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.**
- 3. Atenciones odontológicas, excepto el tratamiento necesario en caso de un accidente cubierto por esta póliza.**
- 4. Aparatos en sustitución o apoyo de piezas dentales, excepto en caso de accidente cubierto por la póliza.**
- 5. Aparatos auditivos.**
- 6. Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto y cualquier complicación provocada por éstos. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
- 7. Bienes o servicios referidos a la implementación de métodos anticonceptivos quirúrgicos o no, u orientados a esterilizar. Tampoco, se cubrirá el uso de anticonceptivos orales para tratamiento de ningún tipo de patología.**
- 8. No se cubrirán exámenes previos de diagnóstico de infertilidad o esterilidad ni estudios, procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial.**
- 9. Estudios, procedimientos o tratamientos orientados a modificar el sexo.**
- 10. Infecciones de transmisión sexual (venéreas).**
- 11. Enfermedades por el virus del papiloma humano; excepto en la piel.**



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

12. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.
13. Consultas médicas, exámenes de diagnósticos, tratamientos o complicaciones derivados de:
 - a. Pre-menopausia y climaterio
 - b. Dermatitis atópica y acné
 - c. Pie plano, genu valgo y genu varo
 - d. Alopecia independientemente de su causa.
 - e. Estrés y fatiga
 - f. Bulimia y anorexia nerviosa
14. Gastos por tratamiento del sobrepeso y/o obesidad de cualquier causa u origen.
15. Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastía; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.
16. Enfermedades pre-existentes conforme con lo indicado en su definición, independientemente de que sean emergencias o no.
17. Atención médica u hospitalaria a causa de embarazo en hijas u otras dependientes económicas, excepto la cónyuge o conviviente asegurada.
16. Tratamientos no prescritos u ordenados por el médico u odontólogo tratante, o bien, tratamientos que si sean prescritos, pero no relacionados con el diagnóstico que se está tratando al amparo de esta póliza.
17. Tratamientos prescritos u ordenados en exceso de períodos mayores de noventa (90) días.
18. Valoración para comprobar el estado de salud, tratamientos preventivos, reconstituyentes.
19. Lesiones o padecimientos que el Instituto expresamente indique como exclusión al Asegurado, en las condiciones particulares de esta póliza.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

20. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente póliza.
21. Artículos no prescritos médicamente y que no son necesarios para la atención del paciente.
22. Uso o alquiler de equipo no contemplado expresamente en la Cláusula Coberturas.
23. No se cubrirá ningún tipo de gastos médicos realizados y/o pre escritos por el Asegurado para sí mismo, relacionados con cirugías, procedimientos, exámenes, medicamentos, consultas o suministros, así como tratamientos de fisioterapia y/o rehabilitación.
24. No se cubrirá los honorarios por consulta médica, aplicación de tratamientos y/o cualquier procedimiento quirúrgico, suministros, tratamientos de fisioterapia y/o rehabilitación, realizados por profesionales médicos que tengan una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado con el Asegurado, tampoco se cubrirá los gastos citados anteriormente si el Asegurado tiene una relación comercial, como , pero no limitada a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
25. Gastos incurridos por el Asegurado por bienes o servicios suministrados por personas que no sean médicos profesionales o no considerados médicamente necesarios.
26. Gastos incurridos por el Asegurado en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.
27. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
28. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que sean o no del Instituto.
29. Gastos incurridos por acompañantes del paciente Asegurado.
30. Tratamientos experimentales, exceptuando los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, los cuales sólo serán cubiertos con la previa aprobación del Instituto.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

31. Trastornos generalizados del desarrollo.
32. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio).
33. Energizantes y/o suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.
34. Vitaminas, vacunas y medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva.
35. Soportes de zapatos, plantillas y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
36. Métodos de Reproducción Asistida.
37. Cirugías de reducción mamaria, por cualquier causa, condición, padecimiento o enfermedad, sea directa o indirectamente relacionada.

CLÁUSULA VIII. RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de esta póliza los padecimientos o lesiones causadas por o derivadas de:

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
2. Fusión o fisión nuclear.
3. Autolesión deliberada, tentativas de suicidio u homicidio, participación en actos de guerra o terroristas, revolución, conmoción civil, conspiración, tumulto, motines, delitos, duelos y riñas. Se exceptúa la legítima defensa.
4. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra viajando en medios no terrestres de transporte, que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a ruta fija, legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
5. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre conduciendo sin la licencia habilitante, o cuando viaje como piloto o pasajero de algún vehículo de carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

6. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, drogas ilegales, psicotrópicos o estupefacientes.
7. Accidentes en la práctica de los deportes:
 - a. Cuando se realicen en cualquier tipo de torneos.
 - b. Deportes de alto riesgo y deportes profesionales como: motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, toreo, fútbol, boxeo, bungee jumping, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, sky walk o sky trek, buceo recreativo, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, automovilismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro, tauromaquia, equitación y demás deportes profesionales.
8. Accidentes en la práctica de la exploración de cuevas, cavernas y volcanes.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLAUSULA IX. BENEFICIARIOS

Al deceso del Asegurado, el importe de la indemnización al amparo de esta póliza se pagará a los beneficiarios de conformidad con los siguientes lineamientos:

1. Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
2. Por fallecimiento de los Asegurados dependientes, el Asegurado Directo, o en su defecto, los herederos legales de los mismos, si fue suscrita para éstos la Cobertura de Fallecimiento.

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.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores, 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.

CLAÚSULA X. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado Directo puede cambiar de beneficiario en cualquier momento. El cambio de beneficiario debe efectuarse por escrito y es válido sólo si fue recibido por el Instituto, quien hará efectivo el cambio a partir de la fecha en que recibe la solicitud de cambio y lo registrará en la póliza.

El pago hecho por el Instituto a una persona beneficiaria, antes de haber sido informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

En los casos en que el Asegurado ha designado a más de un beneficiario sin especificar la distribución respectiva entre ellos, el Instituto realizará la distribución en partes iguales. Si alguno de los beneficiarios designados fallece antes que el Asegurado y no es debidamente sustituido, la proporción del monto correspondiente será distribuido en partes iguales entre los otros beneficiarios registrados en la póliza. Si no fueron designados beneficiarios o no sobrevive ningún beneficiario al momento del fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales del Asegurado según se establezca en el respectivo proceso sucesorio.

CLAÚSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo o culpa grave 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.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLAÚSULA XII. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO

1. Edades de contratación

Las edades de contratación al momento de expedición de la póliza serán:



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- a. Asegurado Directo y cónyuge asegurado de los dieciocho (18) a cien (100) años.
- b. Hijos dependientes desde los treinta (30) días de nacido hasta los veinticuatro (24) años.

2. Aseguramiento

Cada solicitante debe cumplimentar una solicitud de aseguramiento y el formulario “Autorización para Consulta de Expediente”. Además, debe cumplir con el proceso de selección del riesgo, el cual determina la prima que se debe cobrar por cada Asegurado.

Si el Asegurado representa un riesgo superior al estándar (una morbilidad mayor a la estándar para su edad, sexo y condición de salud) se le deberá aplicar un recargo en la prima o bien se aplicará la respectiva exclusión, de acuerdo con la clasificación de cada riesgo.

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se debe informar al Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

CLÁUSULA XIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Por las características propias del seguro la presente cláusula deberá ser de acatamiento exclusivo del Asegurado:

- a. El Asegurado tendrá la total responsabilidad de conocer y cumplir las condiciones de esta póliza.
- b. El Asegurado se obliga a reintegrar al Instituto las sumas que fueran pagadas cuando haga uso indebido de su tarjeta de identificación o cuando goce de coberturas mayores a las indicadas en esta póliza.

CLÁUSULA XIV. PROVEEDORES AFILIADOS

El Instituto no se responsabiliza de los actos de los proveedores afiliados en su prestación de bienes o servicios a los Asegurados, cuya responsabilidad es exclusiva de los mismos. Por lo tanto, las discrepancias entre el Asegurado y el proveedor y la eventual responsabilidad, será resuelta y asumida exclusivamente por el proveedor.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XV. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión y/o inexactitud en la información que deba brindar el Asegurado y/o Tomador o el Beneficiario en la suscripción del seguro o en la presentación del aviso de ocurrencia del siniestro, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la emisión del seguro o en la aceptación y/o ajuste de la solicitud de indemnización.

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 Pago de Primas y Procedimiento de Devolución.

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 XVI. COASEGURO

La suma porcentual específica que debe pagar el Asegurado por los gastos, bienes o servicios de salud recibidos, se establece en el cuadro de coberturas cubiertas y **coaseguros que se incluye al final de esta póliza, en la Tabla 1. Resumen de Beneficios y Coberturas.**

CLÁUSULA XVII. 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 incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XVIII. PAGO DE LA PRIMA

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, que podrá acreditarse también de manera fraccionada según la frecuencia escogida, a saber: mensual, trimestral o semestral, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento y de acuerdo con las primas vigentes a la fecha de emisión, renovación o prórroga tácita de esta póliza.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

Si el Asegurado Directo y/o Tomador del seguro selecciona una forma de pago diferente de la anual deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en el cuadro adjunto y en las Condiciones Particulares.

Forma de Pago	Recargo
Mensual (Sólo Modalidad Colectiva)	Prima Anual * 0.0942
Trimestral	Prima Anual * 0.2775
Semestral	Prima Anual * 0.54
Anual	Sin recargo

Los pagos de primas se podrán realizar en las Sedes o Puntos de Venta del Instituto. Estos pagos, podrán efectuarse en efectivo, depósito bancario o transferencia. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción. La prima, deberá pagarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato, la fecha acordada de pago en los casos de pago fraccionado, el inicio de vigencia de una prórroga y/o renovación del seguro según corresponda.

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, el INSTITUTO quedará facultado para dar por terminado el contrato de seguros, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 37, de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

CLÁUSULA XIX. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA

En cada fecha de renovación anual, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza para adecuarlas a la edad alcanzada de los asegurados según sexo, a la experiencia siniestral en este plan de seguro o para actualizar la suma asegurada, mismas que deberán ser informadas por el Instituto al Asegurado y/o Tomador con al menos (30) treinta días de anticipación al vencimiento de la póliza.

En caso de que el Asegurado y/o Tomador del Seguro, 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 XX. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima cuando la forma de pago elegida por el Tomador del seguro sea mensual, trimestral o semestral.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

Si la forma de pago de prima elegida por el Tomador del seguro es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.

Las obligaciones del Instituto se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia.

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN

CLÁUSULA XXI. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN

Cuando se dé una prórroga o renovación, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, indicadas en las Condiciones Particulares.

En el caso de la modalidad tanto colectiva como individual, se podrá modificar las primas mediante un estudio tarifario, que contemple las siguientes variables:

- a) Las primas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;
- c) Cantidad de asegurados;
- d) Experiencia previa de la cartera de otros productos de salud de esta Aseguradora
- e) Inflación de costos médicos
- f) Edad alcanzada de los asegurados actuales.

El cálculo del ajuste de primas aplicables en la renovación o prórroga de estas pólizas se realiza analizando la cartera de pólizas.

Para las individuales se tomará el análisis en conjunto; es decir, considerando la cartera de pólizas individuales como una póliza de grupo. A partir de este análisis se determina un ajuste requerido por la cartera de pólizas individuales, y dicho ajuste se aplica a todas las pólizas individuales, independientemente de la siniestralidad individual de cada póliza.

En el caso de la modalidad colectiva, el Instituto podrá aplicar descuentos y/o recargos sobre la prima de acuerdo con la siniestralidad que presente la línea colectiva de este seguro y la distribución poblacional del grupo asegurado al momento del análisis y la inflación de costos médicos. Estos ajustes, se definirán en la renovación anual y se deberán comunicar al Tomador del Seguro con al menos treinta (30) días naturales de antelación.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

Para su cálculo, se utilizan las primas netas pagadas y siniestros incurridos (pagados, pendientes reportados y pendientes no reportados) para un período con un mínimo de tres años, con esta información se estima el índice de siniestralidad, como el cociente de los siniestros entre las primas.

Al determinar el índice de siniestralidad se aplicará un recargo o un descuento según el rango de la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo o Descuento
Desde 0% hasta 20%	Descuento de 40%
Más de 20% hasta 55%	Descuento de 30%
Más de 55% hasta 65%	No aplica
Más de 65% hasta 85%	Recargo de 40%
Más de 85% hasta 100%	Recargo de 75%
Más de 100%	Recargo de 100%

Estas revisiones se realizarán anualmente, excepto la primera revisión, la cual se efectuará a los dos años de emisión de la póliza.

La modificación en primas para la modalidad individual y/ o la modalidad colectiva, se podrá aplicar sea que el Asegurado y/o Tomador, decida prorrogar tácitamente o renovar su contrato y será informada con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXII. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, cuenta con libre elección médica o bien, puede utilizar los servicios médicos de los proveedores afiliados a la red.

El Instituto pagará todas las prestaciones de esta póliza, de acuerdo con los términos que a continuación se detallan:

1. Pago Directo al Proveedor:

Esta póliza ofrece la opción al Asegurado de utilizar bienes o servicios de salud mediante el sistema de proveedores afiliados, con los cuales, las coberturas



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

amparadas bajo la presente póliza serán pagadas directamente a los proveedores afiliados, siempre y cuando el Asegurado haya solicitado la pre-autorización médica al Instituto:

- a. Cuando el Asegurado requiera servicios médicos en forma ambulatoria de: terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.
- b. Cuando el Asegurado requiera atención médica ambulatoria a consecuencia de un accidente, durante las primeras veinticuatro (24) horas.
- c. Cuando el Asegurado requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

No obstante, el Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir los bienes y servicios mencionados anteriormente en el centro médico de su preferencia y luego presentar al Instituto los gastos para el reembolso, según se establece en la Cláusula de Requisitos en caso de reclamo.

2. Pago por Reembolso:

Los gastos en que incurra el Asegurado por servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa), serán pagados únicamente por reembolso.

Asimismo, se reembolsarán los siguientes gastos:

- a. Cuando el Asegurado requiera los servicios de hospitalización y/o procedimiento quirúrgico y no haya utilizado los proveedores afiliados.
- b. Cuando el Asegurado requiera los servicios de hospitalización y/o procedimiento quirúrgico y no haya solicitado pre-autorización médica.
- c. Cuando el Asegurado ha efectuado directamente el pago al proveedor por los servicios de: hospitalización, cirugía electiva, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.

3. Liquidación de gastos:

La liquidación de los gastos se efectuará según corresponda, como se detalla a continuación:

a. Costos de Servicios por Tratamientos Ambulatorios:

Se aplicará el coaseguro que corresponda, de acuerdo con el tipo de proveedor que le brinde la atención para todos los costos de servicios médicos, como sigue:

- i. Proveedor Tipo A: se aplicará un 20% de coaseguro.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- ii. Proveedor Tipo B: se aplicará un 25% de coaseguro.
- iii. Proveedor no afiliado: se aplicará un 30% de coaseguro.

b. Costos de Servicios por Hospitalización:

Se reconocerán los gastos por hospitalización, aplicando el coaseguro que corresponda, de acuerdo con el tipo de proveedor que le brinde la atención en todos los costos de servicios médicos, como sigue:

- i. Proveedor Tipo A: se aplicará un 20% de coaseguro.
- ii. Proveedor Tipo B: se aplicará un 25% de coaseguro.
- iii. Proveedor no afiliado: se aplicará un 30% de coaseguro.

Para ninguno de los casos de hospitalización, se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

4. Red de Servicios de Salud (RSS)

En caso de que el asegurado opte por la utilización de la Red de Servicios de Salud (RSS), deberá previamente coordinar el servicio:

- Preautorizaciones: autorizacionesins@ins-cr.com o comunicarse al teléfono 800 Medical (800-6334225).
- Chequeos médicos: inschequeos@ins-cr.com para el respectivo aval, así como agendar la cita.

Al momento de utilizar la Red de Servicios de Salud, el asegurado cuenta con una cobertura cien por ciento (100%), es decir no hay participación del asegurado en deducible, coaseguro ni copago.

Adicionalmente el asegurado no requiere haber superado el deducible anual para optar por los servicios de la Red de Servicios de Salud, y se cuenta con la modalidad de pago directo.

5. Medicina Virtual:

El asegurado se pondrá en contacto con un médico a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o bien la página medicinavirtual.ins-cr.com, donde podrá solicitar el servicio de medicina virtual en el que se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva, adicionalmente en aquellos



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

casos donde sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá a la prescripción de los mismos, además confeccionará un historial clínico.

La consulta mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir no hay participación del asegurado en deducible ni coaseguro.

Si mediante medicina virtual se prescribe algún servicio médico, éste quedará sujeto a las condiciones del contrato según el servicio requerido.

CLÁUSULA XXIII. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR)

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

Cuando el Asegurado requiera atención médica hospitalaria, quirúrgica, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y/o medicina del dolor, como consecuencia de una enfermedad o un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado o su intermediario de seguros deberá enviar a la Sede del Instituto en que realiza el trámite, previo a la hospitalización, cirugía o tratamiento lo siguiente:

1. Solicitud de pre-autorización debidamente cumplimentada por el médico tratante.
2. El formulario de pre-autorización debe contener información completa y precisa que justifique la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada, incluyendo los resultados de pruebas de laboratorio, rayos X y otros exámenes realizados.

Este formulario deberá enviarse a la Sede del Instituto, con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación, para permitir la debida evaluación y verificación por parte del Comité Médico.

Se brindará confirmación por escrito de la pre-autorización al proveedor afiliado (es indispensable que el Instituto haya confirmado por escrito la aprobación de la pre-autorización antes de que se proceda con el tratamiento, procedimiento o cirugía respectiva cubierto por la póliza).

La pre-autorización incluirá los gastos por servicios prestados por el proveedor, incluyendo los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el Asegurado pactar ni pagar honorarios adicionales.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

Las situaciones consideradas como emergencia y los accidentes (según las definiciones en esta póliza) se atenderán sin necesidad de pre-autorización médica inmediata; no obstante, el Asegurado deberá dar aviso al Instituto dentro de las cuarenta y ocho (48) horas contadas desde la atención médica.

El Asegurado debe cancelar al proveedor el monto correspondiente al coaseguro, según lo establecido en la Cláusula de Reconocimiento de coberturas, punto 3.

CLÁUSULA XXIV. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO)

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

Cuando se produzca un evento que pudiese dar lugar a una solicitud de indemnización por reembolso bajo esta póliza, el Asegurado o beneficiario deberán presentar al Instituto o al Intermediario dentro del término de sesenta (60) días naturales siguientes a dicho evento, los siguientes requisitos:

1. En caso de gastos médicos por accidente o enfermedad:

- a. Solicitud de beneficios debidamente cumplimentada por el Asegurado y el médico tratante.
- b. Facturas originales, timbradas y con sello de cancelado.
- c. Recetas o prescripciones médicas por medicamentos, exámenes de laboratorio, radiólogos u otro examen para diagnóstico, así como las referencias a especialistas y requerimientos de aparatos de apoyo.
- d. Boleta de autorización para revisar expedientes.

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

- a. Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento y tratamiento efectuado. Éste deberá ser consularizado.
- b. Facturas originales y/o los comprobantes de pago, en los cuales se detallen los gastos.

El reembolso correspondiente se girará a favor del Asegurado Directo o Nominal.

2. En caso de fallecimiento por accidente o enfermedad:

- a. Carta del beneficiario solicitando la indemnización.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- b.** Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c.** Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad, tanto del fallecido, como de su beneficiario (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d.** Boleta de autorización para revisar expedientes.

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas distintos al español e inglés, el Asegurado 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.

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 o beneficiario, deberán aportar los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

CLÁUSULA XXV. 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 Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario.

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

Para informar sobre el siniestro o para consultar por el pago de la indemnización el Asegurado o el beneficiario se pueden comunicar al teléfono 800 - TeleINS (800-8353467), enviar un correo electrónico a la dirección contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XXVI. AUDITORIA MÉDICA

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 centros hospitalarios, clínico o consultorio, ya sea en Costa Rica o en cualquier parte del mundo.

Asimismo, se someterá a las revisiones médicas requeridas para el pago del reclamo.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXVII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

Declinación: En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión al Asegurado, a la última dirección conocida por éste.

Apelación: El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo dentro del plazo establecido en la Cláusula Prescripción, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.

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.

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.

SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS Y/O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXVIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Éste, es un seguro de gastos médicos anual prorrogable tácitamente y/o renovable. El monto asegurado se reinstala cada año póliza. La vigencia se establece desde la fecha de emisión, contada a partir del día en que haya sido aceptado el riesgo, hasta el 31 de diciembre de cada año.

El seguro se renueva cada 1° de enero, por un año, entendiéndose prorrogable tácitamente y/o renovable e indefinidamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes, exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

Respecto a cada Asegurado, este seguro estará vigente desde la fecha que se indique en el certificado de seguro (en los casos de modalidad colectiva) y/o Condiciones Particulares según corresponda, y permanecerá vigente, mientras esté incorporado a la póliza.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XXIX. RENOVACIÓN

Esta póliza brinda la opción de ser renovada a la fecha de su vencimiento anual y estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada año póliza.

En caso de que el Tomador del seguro no efectúe la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación del pago de los reclamos cubiertos con anterioridad al término de la vigencia de la póliza, quedando únicamente en este caso excluidos los siniestros incurridos con fecha posterior a dicha vigencia.

CLÁUSULA XXX. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA

Sólo la Gerencia, la Subgerencia, la Dirección Técnica o las Sedes del Instituto podrán suscribir modificaciones o renunciaciones, a las condiciones de esta póliza vía Adendum. El Instituto no se responsabiliza por promesas y declaraciones hechas por otras personas o entes no autorizados.

El Tomador de seguro podrá cambiar el plan de seguro, el intermediario de seguros y la forma de pago a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de treinta (30) días naturales de antelación al Instituto y sujeto a pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

CLÁUSULA XXXI. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

La cobertura bajo esta póliza se cancelará, para cada uno de los asegurados en forma individual, cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Tomador del seguro solicitando la exclusión del Asegurado.
2. Uso indebido de la tarjeta de identificación.
3. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Omisión y/o Inexactitud o Declaraciones Falsas de esta póliza.
4. Para los dependientes del Asegurado Directo (excepto el cónyuge o conviviente), en la fecha de renovación en que hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad, o que dejen de ser dependientes económicos, lo que ocurra primero.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

5. No se pague la prima correspondiente, de conformidad con el procedimiento establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
6. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima, de conformidad con el procedimiento establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
7. Finalice la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XXXII. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Si el Asegurado Directo y/o Tomador 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 en la fecha señalada expresamente por el Asegurado Directo y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, 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 dependiendo de la modalidad elegida, para lo cual deberá reembolsar al Asegurado Directo y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

Para la modalidad colectiva:

Modalidad Colectiva	
Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	24%
Más de 5 días hasta 30 días naturales	32%
Más de 30 hasta 60 días naturales	41%
Más de 60 hasta 90 días naturales	49%
Más de 90 hasta 120 días naturales	57%
Más de 120 hasta 150 días naturales	64%
Más de 150 hasta 180 días naturales	71%



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

Más de 180 hasta 210 días naturales	77%
Más de 210 hasta 240 días naturales	82%
Más de 240 hasta 270 días naturales	87%
Más de 270 hasta 300 días naturales	92%
Más de 300 hasta 330 días naturales	96%
Más de 330 hasta 365 días naturales	100%

Para la modalidad individual:

Modalidad Individual	
Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	25%
Más de 5 días hasta 30 días naturales	32%
Más de 30 hasta 60 días naturales	41%
Más de 60 hasta 90 días naturales	49%
Más de 90 hasta 120 días naturales	57%
Más de 120 hasta 150 días naturales	64%
Más de 150 hasta 180 días naturales	71%
Más de 180 hasta 210 días naturales	77%
Más de 210 hasta 240 días naturales	82%
Más de 240 hasta 270 días naturales	87%
Más de 270 hasta 300 días naturales	92%
Más de 300 hasta 330 días naturales	96%
Más de 330 hasta 365 días naturales	100%

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

SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXIII. 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.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXIV. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá devolverla en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones. Si el Tomador del seguro no desea continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA XXXV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

1. Individual.
2. Colectivo:
 - a) Contributivo: Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
 - b) No contributivo: El Tomador de seguro paga la totalidad de la prima.

CLÁUSULA XXXVI. MONEDA

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones que den lugar conforme a esta póliza, son liquidables en colones costarricenses (₡), en la ciudad de San José, Costa Rica o en cualquier Sede autorizada por el Instituto.

CLÁUSULA XXXVII. 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.

CLÁUSULA XXXVIII. OTROS SEGUROS

En caso de que el Asegurado Directo y/o sus dependientes asegurados gozaran 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.

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



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XXXIX. PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados de esta póliza 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 XL. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

SECCIÓN K. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLI. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta Póliza, 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 XLII. 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 esta Póliza podrán ser resueltos 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 L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XLIII. 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 enviarlos 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.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

El Asegurado y/o Tomador, deberán reportar por escrito al Instituto el cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLIV. 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 **P16-35-A01-143 V8** de fecha **24 de octubre del 2020**.



SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

TABLA 1. RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURAS

OPCIONES DE MONTOS ASEGURADOS	¢2.500.000	¢5.000.000	¢7.500.000	¢10.000.000
Gastos Médicos con Hospitalización*				
	Coaseguro	Coaseguro	Coaseguro	Coaseguro
Dentro de la Red				
Proveedor Tipo A	20%	20%	20%	20%
Proveedor Tipo B	25%	25%	25%	25%
Por Reembolso-fuera de red- Gastos cubiertos al	30%	30%	30%	30%
Gastos Médicos Ambulatorios				
Por reembolso-dentro de la red-				
Proveedor Tipo A	20%	20%	20%	20%
Proveedor Tipo B	25%	25%	25%	25%
Por Reembolso –fuera de la red- Gastos cubiertos al	30%	30%	30%	30%
Tratamientos médicos en el extranjero				
Cuando no se practican en Costa Rica	30%	30%	30%	30%
Cuando se practican en Costa Rica	40%	40%	40%	40%
Sub-límites de monto asegurado*				
Maternidad (período de espera 12 meses)				
Cualquier tipo de parto	¢400.000	¢500.000	¢600.000	¢700.000
Beneficio de muerte				
Por persona asegurada	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000
Otras Coberturas*				
Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24 horas): pago directo al proveedor afiliado				
Cuidados de enfermería en el hogar: 60 horas por año				
Rehabilitación hospitalaria o ambulatoria: 15 sesiones por año				
Aparatos de apoyo al tratamiento de la incapacidad: 10% de la suma asegurada				
*Todos los gastos médicos incurridos por estas coberturas serán cubiertos con base en el costo de servicios médicos.				