

Instituto Nacional de Seguros

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL

Código de producto: P16-35-A01-113

Fecha de registro V6: 26-set-15

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE DE CONTENIDO

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	2
SECCIÓN A. DEFINICIONES	3
CLÁUSULA I. TERMINOS Y DEFINICIONES	3
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA	9
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	9
CLÁUSULA III. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	9
SECCIÓN C. AMBITO DE COBERTURA	10
CLÁUSULA IV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	10
CLÁUSULA V. ÁMBITO DE COBERTURA	10
CLÁUSULA VI. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA	10
CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS	11
CLÁUSULA VIII. COBERTURAS	11
CLÁUSULA IX. COBERTURAS BÁSICAS	11
1. Cobertura de Gastos médicos	11
2. Cobertura de asistencia al viajero	20
3. Cobertura de chequeos	20
4. Cobertura por fallecimiento	21
5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia	22
CLÁUSULA X. GASTOS CUBIERTOS	23
CLÁUSULA XI. PERÍODOS DE CARENANCIA	24
CLÁUSULA XII. RIESGOS EXCLUIDOS	24
CLÁUSULA XIII. GASTOS EXCLUIDOS	25
SECCIÓN D. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO	28
CLÁUSULA XIV. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA	28
CLÁUSULA XV. RESIDENCIA	29
CLÁUSULA XVI. DEDUCIBLE ANUAL	29
CLÁUSULA XVII. UTILIZACIÓN DEL SEGURO	30
CLÁUSULA XVIII. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO Y COPAGO HOSPITALARIO	32
CLÁUSULA XIX. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS	32
CLÁUSULA XX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	32
CLÁUSULA XXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	32
SECCIÓN E. PRIMAS	33
CLÁUSULA XXII. PAGO DE PRIMAS	33
CLÁUSULA XXIII. PERÍODO DE GRACIA	33
SECCIÓN F. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS	34
CLÁUSULA XXIV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	34
CLÁUSULA XXV. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS	35
CLÁUSULA XXVI. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	35
CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	36
CLÁUSULA XXVIII. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA	36
CLÁUSULA XXIX. PRESCRIPCIÓN	36
CLÁUSULA XXX. SUBROGACIÓN	37
CLÁUSULA XXXI. OTROS SEGUROS	37
SECCIÓN G. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES	37
CLÁUSULA XXXII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	37
CLÁUSULA XXXIII. MODIFICACION Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	37
CLÁUSULA XXXIV. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	38
CLÁUSULA XXXV. CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO	38
SECCIÓN H. CONDICIONES VARIAS	39
CLÁUSULA XXXVI. TIPO DE CAMBIO	39
SECCIÓN I. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS	39
CLÁUSULA XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE	39
CLÁUSULA XXXVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	39
SECCIÓN J. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	40
CLÁUSULA XXXIX. COMUNICACIONES	40
SECCIÓN K. LEYENDA DE REGISTRO	40
CLÁUSULA XL. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	40



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El "INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS" cédula jurídica número 4-000-001902-22 compañía de seguros domiciliada en Costa Rica, (denominado en adelante Instituto) emite la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Particulares y Generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante (denominado en adelante Asegurado Directo) en la Solicitud del Seguro, en los exámenes médicos y en el registro de siniestralidad de las pólizas anteriores si las hubiere, a la emisión de esta póliza.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el Tomador del seguro deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando, dentro de un aniversario de la misma, notifique por escrito al Instituto su deseo de no continuar con el seguro.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas en las Oficinas Centrales del Instituto, en sus Sedes o a través del intermediario de seguros.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Sirelda Blanco Rojas
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. TERMINOS 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 a nivel internacional los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el Asegurado lo requiera.
3. **APARATOS DE APOYO.** Se refiere a los aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.
4. **ASEGURADO O ASEGURADOS.** Es el Asegurado Directo y sus dependientes que están cubiertos bajo esta póliza, debidamente registrados en la misma. El Asegurado Directo y sus dependientes constituyen el núcleo familiar asegurado.
5. **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.
6. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL.** Es la cantidad máxima asegurada indemnizable bajo esta póliza con respecto a un Asegurado, durante el año de la póliza, siempre que ésta se encuentre vigente.
7. **BENEFICIARIO:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
8. **CIRUGIA BARIÁTRICA.** Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos.
9. **CLIENTE ESTRATÉGICO:** Es aquel que ha sido definido como tal por la Gerencia del Instituto o por aquellas dependencias designadas por ésta, por cumplir con una o varias de las siguientes características:
 - Alto volumen de primas.
 - Potencial comercial de la cuenta.
 - Alta rentabilidad del programa de seguros.
 - Importancia estratégica del negocio o imagen comercial.
 - Vinculación con grupos económicos, clientes o potenciales clientes.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

10. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir al Asegurado
11. **COPAGO.** Monto fijo o porcentual indicado en las condiciones particulares que debe asumir el Asegurado directamente bajo su responsabilidad antes de recibir los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por la póliza.
12. **CONVIVIENTE.** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
13. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO.** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que, residiendo en la misma área geográfica, presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.
14. **DEDUCIBLE ANUAL.** Suma única anual acumulable establecida en las Condiciones Particulares que debe cubrir el Asegurado, previo a que el seguro inicie su cobertura.
15. **DEPENDIENTES.** Se consideran como dependientes asegurables las siguientes personas:
 - a) El cónyuge o conviviente.
 - b) Los hijos siempre que sean solteros y que residan con el Asegurado Directo en el mismo domicilio, que sean dependientes económicamente, estudiantes y cuya edad no supere los veinticinco (25) años.
16. **DEPORTE.** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
17. **DONADOR.** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
18. **ECLAMPSIA.** Aparición de convulsiones en una mujer con un período de embarazo superior a cuatro (4) meses sin que haya ninguna causa neurológica. Es el estado más grave de la enfermedad de presión arterial alta en el embarazo.
19. **EDAD.** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- a) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
- b) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
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. **ENFERMEDAD CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA.** Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematuridad.
23. **ENFERMEDAD CONTAGIOSA.** Enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).
24. **ENFERMEDAD EPIDÉMICA.** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.
25. **ENFERMEDAD MENTAL.** Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida.
26. **ENFERMEDADES GRAVES.** Son aquellas que, si no son tratadas en las siguientes veinticuatro (24) horas de su diagnóstico, ponen en peligro de muerte al paciente.
27. **ESTERILIDAD.** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
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.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

29. **GASTOS INDEMNIZABLES:** Son los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado y cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del pago de deducible, coaseguro y/o copago.
30. **GASTOS OPERATIVOS:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: gastos administrativos, costos de distribución y reserva de contingencias.
31. **GASTOS PRENATALES.** Son los gastos derivados del período de embarazo comprendido entre el momento de la concepción y el inicio del parto y que están relacionados con la condición de embarazo.
32. **GASTOS POSTNATALES.** Son los gastos posteriores al parto y que se producen en un período máximo de ocho (8) semanas posteriores al nacimiento y que están relacionados con la condición de embarazo.
33. **GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que, mediante el matrimonio, se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
34. **GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
35. **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.
36. **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.
37. **INFERTILIDAD.** Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad de veinticuatro (24) semanas de gestación.
38. **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.
39. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
40. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO QUIRÚRGICOS.** Son los siguientes:
 - a) Método del moco cervical.
 - b) Condón masculino.
 - c) Condón femenino.
 - d) Diafragma.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- e) Espermaticidas.
 - f) Esponjas vaginales.
 - g) Dispositivos intrauterinos.
 - h) Anticonceptivos orales.
 - i) Anticonceptivos inyectados.
41. **OLIGOAMNIOS:** Deficiencia de líquido amniótico.
42. **PACIENTE RECEPTOR.** Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.
43. **PANDEMIA.** Es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa. Etimológicamente hablando debería cubrir el mundo entero y afectar a todos.
44. **PERÍODO DE GRACIA.** Es el período después del vencimiento de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo el contrato mantiene los derechos para el Asegurado, siempre y cuando la prima sea cancelada en el período establecido.
45. **POLIHIDRAMNIOS:** Aumento en la cantidad de líquido amniótico.
46. **PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA.** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.
47. **PREEXISTENCIA.** Se entiende como preexistente, aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un Asegurado ha recibido consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico y que su período de evolución esté incluido dentro de los veinticuatro (24) meses anteriores a la entrada en vigencia de la póliza.
48. **PREMATUREZ.** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
49. **PRIMA.** Precio que debe satisfacer el Tomador del seguro o el Asegurado al asegurador, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el asegurador asume.
50. **PRÓTESIS QUIRÚRGICA:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
51. **PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

52. **RAZÓN DE SINIESTRALIDAD:** Es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (corresponde a siniestros pagados más siniestros pendientes de pago de ese mismo año póliza) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.
53. **SALA DE EMERGENCIA.** Es la sección del hospital o clínica con personal y equipo necesario para proveer cuidado de emergencia a las personas que requieran tratamiento médico o quirúrgico inmediato.
54. **SÍNDROME DE HELLP.** Es una complicación seria de la presión arterial alta inducida por el embarazo y que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre, afectación del funcionamiento del hígado y trastornos de la coagulación que llevan a hemorragia.
55. **SÍNDROME DE SHEEHAN:** Es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
56. **TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.** Es el carné que identifica a cada Asegurado cuando suscribe el seguro, en el cual se detalla su nombre, plan, calidad del asegurado, número de póliza y fecha de emisión del seguro. Una vez emitido el contrato, el Instituto entregará el carné a cada Asegurado.
57. **TOMADOR DEL SEGURO.** Persona jurídica que contrata el seguro por cuenta propia.
58. **TRASPLANTE.** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un Asegurado, uno de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donador.
59. **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 INS MEDICAL REGIONAL 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.

- 60. TOXEMIA GRAVÍDICA.** Enfermedad del embarazo que produce hinchazón de piernas, elevación de la presión arterial y exceso en la eliminación de las proteínas a través de la orina.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza de INS Medical Regional y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la cotización de seguro aceptada por el Tomador del Seguro o el Asegurado Directo, la solicitud 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.

CLÁUSULA III. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, 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.

Si el Asegurado no desea continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN C. AMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA IV. 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 V. ÁMBITO DE COBERTURA

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de beneficios indicados en las Condiciones Particulares, el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados por servicios médicos, incurridos por el Asegurado en Costa Rica y Centro América; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza y de acuerdo con las cláusulas siguientes.

Asimismo, si el (los) Asegurado (s) reciben atención médica fuera de Centro América, se cubrirán por reembolso los gastos incurridos y cubiertos por el seguro, de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados vigentes para Centro América y aplicando las condiciones de fuera de red.

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse, en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero, cuando corresponda. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma, se utilizarán las demás coberturas de este Seguro de INS Medical, una vez superado el deducible anual.

CLÁUSULA VI. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares.

A partir de la siguiente renovación anual y una vez se hayan alcanzado los setenta (70) años de edad, éste límite será reducido de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares. No obstante, si el Asegurado desea mantener su monto asegurado, sin reducción del mismo, únicamente deberá pagar la prima correspondiente a dicho riesgo.

En caso de que el Asegurado se incluya en una póliza colectiva o individual con setenta (70) años o más, el monto asegurado máximo por año póliza contratado será el mismo establecido en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA VII. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. Asegurado Directo.
2. Cónyuge o conviviente por el que se pague de previo la prima correspondiente.
3. Los hijos nacidos o no al amparo de esta póliza, por los que se pague de previo la prima correspondiente.

CLÁUSULA VIII. COBERTURAS

Este seguro cuenta con coberturas básicas y con coberturas adicionales:

1. Coberturas básicas:

- a) Cobertura de gastos médicos.
- b) Cobertura de asistencia al viajero.
- c) Cobertura de chequeos.
- d) Cobertura por fallecimiento.
- e) Cobertura dental por accidente y/o emergencia.

2. Coberturas Adicionales:

El Asegurado Directo o el Tomador de seguro, mediante el pago de una extraprima, podrán suscribir solamente una de las siguientes coberturas adicionales:

- a) Cobertura para enfermedades y accidentes graves.
- b) Cobertura adicional de cáncer.

La cobertura adicional elegida por el Asegurado Directo o el Tomador de seguro se anotará en las Condiciones Particulares y será parte integrante de este seguro. Además, en caso de tratarse de un seguro colectivo, aplicará para todos los miembros del mismo.

CLAUSULA IX. COBERTURAS BÁSICAS

1. Cobertura de Gastos médicos.

1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y **se otorgan una vez superado el deducible anual elegido y** hasta los límites establecidos para cada caso según las Condiciones Particulares de este contrato.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

a) Maternidad

Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas, cubriéndoles los gastos pre y post-natales, aborto y/o amenaza de aborto y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta los límites especificados en la Cláusula Coberturas Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

Para efectos de los gastos presentados bajo esta cobertura, se indemnizará conforme a lo estipulado en cada punto:

- i. **Parto normal:** Gastos prenatales y postnatales o aborto (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares).
- ii. **Complicaciones durante el embarazo o el postparto** (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares). Esta cobertura es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de Maternidad.

Se cubrirán como complicaciones de embarazo y postparto, aquellas que se enmarquen dentro de las siguientes situaciones:

1. Amenaza de aborto.
2. Hiperémesis gravídica (achaques) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
3. Óbito fetal (muerte fetal).
4. Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas.
5. Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
6. Embarazo extrauterino (fuera del útero).
7. Eclampsia.
8. Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
9. Placenta previa.
10. Ruptura uterina.
11. Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
12. Diabetes inducida por el embarazo.
13. Ruptura prematura de membranas.
14. Amenaza de parto inmaduro.
15. Amenaza de parto prematuro.
16. Infección del líquido amniótico.
17. Oligoamnios.
18. Polihidramnios.
19. Colestasis del embarazo.
20. Ictericia del embarazo.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

21. Hemorragias del embarazo.
22. Anemia gestacional.
23. Anormalidades dinámicas del trabajo de parto.
24. Síndrome de Sheehan.
25. Hemorragia uterina postparto.
26. Desgarros de la vagina, la piel (periné), recto.
27. Infección de la vulva y/o vagina.
28. Endometritis (fiebre puerperal).
29. Infección de la herida (del piquete o de la cesárea).
30. Mastitis (inflamación de la mama).
31. Absceso mamario.
32. Tromboflebitis (inflamación de las venas).
33. Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
34. Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
35. Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
36. Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).

- iii. **Parto por Cesárea:** Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares).

Los gastos por concepto de maternidad se acumularán en primera instancia en el sublímite i. correspondiente a parto normal; no obstante en caso que se practique o se coordine una cesárea, se indemnizará la diferencia entre el monto asegurado correspondiente a este punto (iii) y el monto del punto i. (parto normal) para completar la suma definida en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

b) Trasplantes

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. El límite del beneficio anual para esta cobertura indicado en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares, será por concepto de gastos ambulatorios u hospitalarios e incluye todos los gastos médicos por servicios prestados al donador, aplicando el deducible anual, los copagos y coaseguros correspondientes. Para los Asegurados con edades de setenta (70) años o más, el límite del beneficio se establece en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- ii. Los órganos cubiertos para el beneficio del trasplante son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado.
- iii. En adición a lo indicado en las Cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza, para esta cobertura no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:
 - 1. Como resultado de o relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto.
 - 2. Las consideradas como experimentales o investigativas.
 - 3. Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o sean artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.
 - 4. Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

c) Prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo

Mediante este seguro, por año póliza, se cubre hasta el sublímite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, de las Condiciones Particulares.

- i. En el caso de prótesis quirúrgica cubre por el valor de las prótesis que sean requeridas para cirugía, conforme a la definición establecida en este contrato.

No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

- ii. Cubre aparatos de apoyo que sean requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

En el caso de requerirse sustitución de Aparatos de Apoyo o Prótesis Quirúrgica, dicha sustitución se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del aparato o prótesis a reemplazar.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

d) Enfermedades congénitas del recién nacido

Están cubiertas bajo esta póliza las enfermedades congénitas de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

En los casos en los que el niño no se incluya dentro de la póliza en el período establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares y se incluya posterior, para las enfermedades congénitas, deberá presentar la solicitud de seguro y continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento **y se aplicará la Cláusula de Gastos Excluidos, inciso 6 de esta póliza.**

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

e) Prematurez

Están cubiertos bajo esta póliza los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del Asegurado, cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como Asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido en la Cláusula de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

f) Enfermedades epidémicas y pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas y/o contagiosas y pandémicas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

g) Práctica recreativa de buceo y fútbol

Están cubiertos bajo esta póliza los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica recreativa de buceo y fútbol específicamente, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando estos deportes se practiquen en forma competitiva y/o remunerada.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

h) Ambulancia aérea

Previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos y del médico tratante, en caso de producirse una enfermedad o un accidente cubierto por esta póliza y el tratamiento no pueda ser efectuado en el país donde el Asegurado esté hospitalizado y siempre que la condición médica del paciente no le permita viajar en una línea aérea regular de pasajeros, el Instituto hará las coordinaciones correspondientes para el transporte aéreo en un avión particular, debidamente acondicionado con el personal y equipo médico adecuado hasta por el límite anual establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

Quedan incluidos bajo esta cobertura, sin que exceda el límite de la misma, los gastos del viaje equivalente al precio de un pasaje en avión en clase económica, para el Asegurado y una persona acompañante, al domicilio del Asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días naturales después de concluido el tratamiento.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

i) Deportes

Están cubiertos bajo esta póliza los deportes que se practiquen en forma recreativa hasta el sublímite de Deportes establecido en la Cláusula Cobertura en Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato. Se excluye la práctica recreativa de buceo y fútbol.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- j) **Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas)**

Se cubren hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares, los gastos relacionados con enfermedades mentales o trastornos nerviosos.

No incluye incapacidad del aprendizaje, desórdenes de actitud o problemas disciplinarios dado que estos no son enfermedades.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

1.2. Gastos médicos sujetos a condiciones especiales:

Los gastos serán otorgados como parte del Beneficio Máximo Anual por Persona, según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares y hasta los límites establecidos para cada caso. Adicionalmente están sujetos a lo dispuesto en las Cláusulas de Gastos Cubiertos, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos.

a) Gastos ambulatorios por accidentes

Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos de acuerdo a la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. Si a consecuencia del accidente el Asegurado requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

b) Transporte por evacuación

Cubre de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares y previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos, los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y Centro América, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

c) Emergencias durante viajes en el extranjero

- i. Todos los beneficios de esta cobertura serán otorgados según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares y serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia, los gastos serán cubiertos de acuerdo con las condiciones del contrato, según los requisitos para la presentación de un reclamo.
- ii. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a Centro América (excepto Costa Rica). Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones de la presente póliza.
- iii. Esta cobertura operará, cuando se trate de un accidente o enfermedad aguda, en exceso de la cobertura de Asistencia al Viajero que se describe en el Anexo N°1, siempre y cuando el Asegurado se comuniquen con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará esta cobertura.
- iv. Las coberturas que se otorgan son:

1. Evacuación y/o repatriación por razones médicas

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia y determinarse que médicamente es necesario que el Asegurado sea evacuado y/o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar la emergencia. **Esta cobertura opera superado el deducible anual elegido.**

Para estos casos, el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, facilitarán una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea común, por la ruta más directa y adecuada.

El proceso de evacuación o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en factores médicos. Sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

2. Repatriación de restos mortales

En caso de que un Asegurado fallezca a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el Instituto, por intermedio del Administrador de Servicios Médicos, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

3. Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad

Cuando por accidente o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el Asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica, se cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

d) Gastos médicos en el extranjero

Los gastos ocasionados por atenciones médicas en el extranjero forman parte del beneficio máximo por año indicado en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y serán cubiertos, **una vez superado el deducible anual elegido**, de acuerdo con las siguientes condiciones:

i. Hospitalización

1. Los casos de hospitalización que no sean considerados como emergencias deberán ser comunicados al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos con cinco (5) días hábiles de anticipación.

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el Instituto o el Administrador de Servicios Médicos, con la finalidad de utilizar un hospital o clínica que pertenezca a la Red de Proveedores y sea el más conveniente en sus costos, siempre que otorgue las mismas garantías y calidad en el servicio médico.

2. En caso de una hospitalización de emergencia, se deberá dar aviso al Instituto y/o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las cuarenta

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

y ocho (48) horas inmediatas a la admisión, aunque el Asegurado haya sido dado de alta.

Los casos de incumplimiento en dar aviso al Instituto dentro de los plazos indicados en los incisos 1. y 2. anteriores, impedirán que el Instituto asuma el pago de los gastos cubiertos directamente al hospital o clínica, debiendo el Asegurado pagar todos los gastos y presentarlos para su reembolso, los cuales se liquidarán de acuerdo con las condiciones de la póliza. En este caso se considerarán para los efectos de la liquidación del reclamo los costos razonables y acostumbrados en Costa Rica y Centro América.

ii. Atención Ambulatoria

1. Los casos de atención ambulatoria bajo el sistema de la Red de Proveedores, deberán ser coordinados y autorizados por el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, debiendo estar aprobados con anticipación.
2. Los casos de atención ambulatoria por reembolso serán pagados de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

2. Cobertura de asistencia al viajero

Esta póliza contiene en el Anexo N°1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte de este contrato. **Esta cobertura aplica sin el deducible anual elegido, hasta por el monto asegurado de la misma.** Los gastos en exceso, si los hubiere, serán cubiertos por el seguro médico una vez **superado el deducible anual elegido.**

3. Cobertura de chequeos

Los chequeos serán cubiertos siempre que así se encuentre establecido en las Condiciones Particulares y únicamente coordinados con la Red de Proveedores del INS, de lo contrario el Instituto no los cubrirá. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

a) Chequeo oftalmológico

Se otorga un chequeo oftalmológico anual a partir de la segunda renovación anual de cada asegurado en la póliza, es decir, a partir del tercer año de contar con el

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

seguro. El mismo consiste en una consulta oftalmológica para medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular.

b) Chequeo general

El chequeo general se otorga a partir de la segunda renovación anual de cada asegurado en la póliza, es decir, a partir del tercer año de contar con el seguro.

4. Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona y están sujetos a lo dispuesto en las cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

a) Muerte

Este beneficio indemniza hasta la suma máxima establecida en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares, por concepto de muerte de alguno de los Asegurados por esta póliza, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones estipuladas en la misma. No obstante, si la forma de pago de la prima no fuera anual, se deducirá de este monto lo que corresponde a la prima pendiente de pago para completar la prima anual.

i. Beneficiarios

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

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.

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 INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

b) Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, de las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación se deben presentar las facturas originales canceladas correspondientes

c) Liberación del pago del seguro por fallecimiento del Asegurado Directo

En caso de fallecimiento del Asegurado Directo, el Instituto otorgará cobertura a los dependientes asegurados bajo la misma póliza por el período máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, sin el pago de la prima, contados a partir de la próxima fecha de vencimiento anual de la póliza, por lo que en caso de pago fraccionado de la prima, los asegurados sobrevivientes deben pagar las primas de los períodos respectivos hasta completar el año póliza. Este beneficio se ofrece siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza

Se mantendrán asegurados los dependientes inscritos bajo la misma póliza en que se encontraba Asegurado el fallecido.

Para las coberturas anteriores, si la persona beneficiaria causa la muerte de la persona asegurada 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 esa persona beneficiaria.

5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia.

Este seguro ofrece cobertura dental tanto por accidente como por emergencias. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

La cobertura por accidente aplica de acuerdo con la definición establecida en este contrato. En la cláusula de Presentación de Reclamos se indican los requisitos para el pago de este beneficio.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

Si a causa del accidente el Asegurado requiere una prótesis dental, ésta será cubierta únicamente si es reemplazo de piezas dentales naturales.

La cobertura dental por emergencia, se rige según lo establecido en el Anexo N°2, el cual forma parte de este contrato.

CLÁUSULA X. GASTOS CUBIERTOS

Esta póliza cubre los costos razonables y acostumbrados en Costa Rica y Centro América, ordenados por un médico y siempre que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, sea como hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y habiendo superado el deducible anual elegido.

El Asegurado Directo y/o sus dependientes asegurados podrán hacer uso de la Red de Proveedores, para los casos de hospitalización y tratamientos ambulatorios, amparados por esta póliza. En caso de no utilizar la Red de Proveedores, el Asegurado deberá efectuar el pago de los gastos directamente y tramitar ante el Instituto el reembolso, para el cual se aplicará lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

1. Gastos hospitalarios:

- a) Habitación individual, normal o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados.
- d) Medicamentos.
- e) Electrocardiograma, metabolismo basal u otro examen o estudio especializado requerido.
- f) Tratamiento de fisioterapia y/o terapias afines reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con un máximo de veinte (20) sesiones por evento excepto en los casos donde exista pre-autorización médica.
- g) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o administración de anestesia, según costos razonables y acostumbrados.
- h) Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.

2. Gastos ambulatorios (sin hospitalización):

- a) Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b) Medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas y otras pruebas o exámenes especiales que el médico considere necesarios.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- c) Cirugías ambulatorias.
- d) Alquiler de equipo.
- e) Uso de sala de operaciones.
- f) Tratamiento de fisioterapia y/o terapias afines reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con un máximo de veinte (20) sesiones por evento excepto en los casos donde exista pre-autorización médica.
- g) En caso de cuidados a domicilio por personal de enfermería, se establece un máximo de treinta (30) días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.
- h) Ambulancia terrestre. Se cubre mediante previa coordinación con la Unidad de Asistencia del Instituto, siempre y cuando sea medicamente justificada su utilización.

3. Emergencias

Serán considerados bajo este concepto, aquellos gastos por servicios médicos prestados en las primeras veinticuatro (24) horas en sala de emergencia, siempre y cuando la enfermedad que origina la emergencia no sea preexistente ni se encuentre en período de carencia.

Para los gastos detallados en los puntos 1, 2 y 3 anteriores se aplicará el deducible anual, copagos y coaseguros correspondientes, estipulados en las Condiciones Particulares; excepto que se trate de un accidente cubierto por la póliza, según lo indicado en la Cláusula Coberturas Básicas, punto 1.2 Gastos médicos sujetos a condiciones especiales, inciso a. Gastos ambulatorios por accidentes.

CLÁUSULA XI. PERÍODOS DE CARENCIA

Se establece un período de carencia que se indica en la Cláusula de Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares, durante el cual, a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia, tal como se define en la Cláusula Términos y Definiciones de estas Condiciones Generales, siempre y cuando se haya superado el deducible anual elegido.

CLÁUSULA XII. RIESGOS EXCLUIDOS

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

1. Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o en los que no medie la acción repentina de un agente externo.
2. Accidentes provocados por el Asegurado, con o sin intención, cuando este último se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas o estupefacientes, no prescritos por un médico u odontólogo.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

3. Accidentes donde el Asegurado conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentre desempeñando sus funciones laborales.
5. El accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.
6. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, insurrección, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el Asegurado esté participando.

CLÁUSULA XIII. GASTOS EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades Congénitas del recién nacido.
3. Controles médicos, excepto lo indicado en la Cobertura de Chequeos.
4. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.
5. Tratamientos experimentales.
6. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o hereditarios diagnosticados antes de la inclusión en la póliza, a excepción de lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades congénitas del recién nacido.
7. Trastornos, enfermedades o deficiencias emocionales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.
8. Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos, por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluyendo las cirugías bariátricas, así como las

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.

9. Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.
10. Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.
11. Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del consumo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.
12. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio) excepto lo establecido en la cláusula de COBERTURAS BASICAS, inciso j) *Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas).*
13. Métodos anticonceptivos no quirúrgicos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva, energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.
14. 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.
15. Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.
16. 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.
17. Prótesis dentales, excepto que sean reemplazos de piezas dentales naturales.
18. Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades congénitas del recién nacido.
19. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

20. Consultas y/o tratamientos podiátricos.
21. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
22. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
23. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
24. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.
25. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionado con ello.
26. Implantación de embriones.
27. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.
28. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.
29. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas).
30. Enfermedades por el virus del papiloma humano; excepto en la piel.
31. 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.
32. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
33. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
34. Servicios médicos, exámenes o medicamentos ordenados o brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que el Asegurado tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 35. Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.**
- 36. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.**
- 37. Se excluye la práctica de cualquier deporte en forma competitiva. Asimismo no se cubrirá ningún tipo de accidente por la práctica de deportes en forma recreativa o competitiva donde se utilicen vehículos acuáticos con motor.**

SECCIÓN D. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XIV. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

Las edades de contratación y cobertura tanto del Asegurado Directo como de los dependientes asegurables se indican en las Condiciones Particulares.

Los hijos que cumplan la edad máxima de cobertura antes del vencimiento anual del seguro, se mantendrán cubiertos hasta la próxima renovación anual, previo pago de la prima correspondiente; pudiendo continuar asegurados bajo una póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro con los mismos beneficios. Para otorgar dicho beneficio, el hijo debe haber estado asegurado como dependiente en forma ininterrumpida por un período de un (1) año antes de pasar a ser Asegurado Directo y debe presentar la solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura y pagando la prima correspondiente al rango de edad.

Hijos nacidos en el seguro, es decir, producto de un parto cubierto por esta póliza, para ser incluidos en el seguro deben presentar la Solicitud del Seguro dentro de los treinta (30) días naturales después de su nacimiento y presentar una constancia de nacimiento dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia indicado en la Cláusula Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares.

Para aquellos niños nacidos como producto de un parto cubierto por esta póliza como resultado de un tratamiento de infertilidad, se deberá presentar la solicitud del seguro, continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento y podrán incluirse hasta el día treinta y uno (31) de su nacimiento.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XV. RESIDENCIA

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que el Asegurado Directo y sus dependientes inscritos residen en Costa Rica. En caso de que alguno de los asegurados esté fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos, el Asegurado o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto.

Si el Asegurado y/o sus dependientes se trasladan a residir fuera de la región centroamericana deberán cambiar su póliza a un Seguro de INS Medical Internacional, en cuyo caso se aplicarán las condiciones de residencia definidas para dicho producto.

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:

1. La persona asegurada forme parte de un grupo asegurado, en el cual dicha persona haya sido transferida a residir en el extranjero, siempre y cuando el número total de personas transferidas residiendo en el extranjero no represente más de un cinco por ciento (5%) del total de dicho grupo asegurado.
2. Sea un (a) Asegurado (a) dependiente que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios.
3. Sea el/la Asegurado(a) Directo(a) que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios o se encuentre realizando labores propias de su trabajo.

Si el Asegurado o Tomador no informan al Instituto sobre su cambio de residencia en el extranjero la póliza quedará resuelta o la persona que reside fuera del país se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación.

CLÁUSULA XVI. DEDUCIBLE ANUAL

Para poder hacer uso del seguro, el Asegurado deberá asumir el deducible anual indicado en las Condiciones Particulares de este contrato.

Para la acumulación de este deducible anual, el Asegurado deberá presentar al Instituto los siguientes documentos:

- a. Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b. Facturas originales (las fotocopias o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c. Prescripciones y recetas médicas.
- d. Resultados de los exámenes.

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo razonable y acostumbrado de los gastos

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

indemnizables aplicando los copagos y/o coaseguros que correspondan, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por el Asegurado, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

Una vez que el Asegurado alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos incurridos por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado y contemplando los copagos y/o coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada. Este reembolso aplicará únicamente en exceso del deducible anual escogido.

En caso de un mismo núcleo familiar, se aplicará un tope máximo de deducibles por año póliza, el cual se indicará en las condiciones particulares.

CLÁUSULA XVII. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

En este seguro la suma asegurada se agota por persona, sin importar el número de eventos durante el año póliza, restituyéndose sus límites de cobertura para el año siguiente. Por cada Asegurado se llevará un registro de saldos de la suma asegurada y la responsabilidad máxima del Instituto está limitada a dicha suma y a los sublímites detallados en las Condiciones Particulares, de conformidad con los costos razonables y acostumbrados.

El Asegurado tiene libre elección médica, sin embargo para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios) que brindan servicios de salud a los Asegurados.

El proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por intermedio del Administrador de Servicios médicos en atenciones hospitalarias.

Para los servicios ambulatorios el Asegurado deberá cubrir el costo de los mismos y posteriormente gestionar ante el Instituto el reembolso correspondiente.

La red de proveedores puede consultarse en el sitio www.ins-cr.com o mediante la línea gratuita 800-MEDICAL (800-633-4225) o llamando al 2284-8500.

Cuando requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviar un correo electrónico a la dirección autorizacionesins@ins-cr.com, enviar un fax al número 2243-9968 o entregar en el Instituto el formulario de Solicitud de pre-autorización, debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

Dicha solicitud debe ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Dentro



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

del plazo indicado el Instituto brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización, al proveedor afiliado que corresponda.

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, de conformidad con las condiciones y montos pre-autorizados. El Asegurado asume el costo del deducible anual, copagos y coaseguros estipulados y cualquier otro gasto no cubierto.

El Asegurado también puede utilizar bienes o servicios de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, en cuyo caso la póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso; en estos casos el médico o clínica no tiene precios negociados y se aplica un coaseguro mayor.

Los gastos serán reconocidos de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual, los copagos y coaseguros establecidos en dicho documento.

Para el pago de los reclamos, a los gastos presentados e indemnizables, de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, se rebajará el monto del copago cuando corresponda y al monto resultante de esa sustracción, se aplicará el porcentaje de coaseguro para obtener el monto a pagar, según se establece en las Condiciones Particulares. El coaseguro se calcula sobre los gastos indemnizables.

Enfermedad Aguda o Accidente fuera del país

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero (Anexo N°1). Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen a los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas del seguro INS Medical Regional, bajo la modalidad de reembolso, si los gastos son efectuados fuera de la región y una vez superado el deducible anual elegido.

Todos los gastos incurridos por el Asegurado tanto dentro como fuera de Red se pagarán de acuerdo al costo razonable y acostumbrado. En las Condiciones Particulares se establece el deducible anual, los copagos y coaseguro que aplican para los diferentes servicios médicos.

Si el Asegurado se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero, de la póliza; se han dispuesto los siguientes números telefónicos, correspondientes al Administrador de Servicios Médicos:

Números Gratuitos
1 844 865 0804 USA
900 995 484 España
Números Directos



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

+1 (407) 264-7118 USA
(091) 189-5152 ESPAÑA
+1(407) 264-7118 Canadá/ Caribe/ Resto de las Américas*
+34 (91)189-5152 Europa/ Resto del mundo*

*Llamada para cobrar vía operadora internacional si este servicio se encuentra disponible desde el lugar donde se encuentra. También puede utilizar las líneas +1(305) 590-8016 y/o +34 (91)593-4227 y el correo electrónico: insinternacional@ins-cr.com.

CLAUSULA XVIII. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO Y COPAGO HOSPITALARIO

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada, por concepto de coaseguro y copago hospitalario se define en las Condiciones Particulares.

CLÁSULA XIX. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión, inexactitud o declaraciones falsas en que deliberadamente incurra el Asegurado o el Beneficiario, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la valoración del riesgo u ocurrencia del siniestro.

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 XX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

El Tomador del seguro o el Asegurado se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Tomador o el Asegurado incumplan con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLÁUSULA XXI. 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 INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN E. PRIMAS

CLÁUSULA XXII. PAGO DE PRIMAS

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 (únicamente colectivas) trimestral o semestral, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento y de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

Si el Asegurado 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 la Cláusula Pago de Primas de las Condiciones Particulares del presente contrato.

La forma de pago puede ser variada al vencimiento anual de la póliza. No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que conste en el recibo oficial expedido por el Instituto. El pago de la prima mantiene en vigencia esta póliza hasta la fecha en que debe cancelarse la siguiente prima. La omisión en el pago de una prima antes o en la fecha en que vence, constituye falta de pago.

El Instituto otorgará el período de gracia estipulado en la Cláusula Período de Gracia según la forma de pago elegida para la póliza; no obstante, la cobertura de esta póliza durante dicho período, quedará sujeta al pago de la prima correspondiente.

CLÁUSULA XXIII. 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 Asegurado Directo o el Tomador del seguro sea mensual, trimestral o semestral.

Si la forma de pago de prima elegida por el Asegurado Directo o 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.

SECCION F. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXIV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá presentar al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, lo siguiente:

1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Resultados de los exámenes.
- e) El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- e) Copia de la ficha odontológica completa.
- f) Radiografía posterior al tratamiento.

3. Fallecimiento del Asegurado:

- a) Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b) Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c) Fotocopia del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d) En caso de que el fallecimiento sea producto de un accidente, copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre el alcohol (OH) o tóxicos de la sangre.
- e) Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado.
- f) El beneficiario debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA XXV. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto tiene derecho de hacer examinar al Asegurado Directo y/o sus dependientes cubiertos por el seguro, por los médicos designados por él, para comprobar la procedencia de todo reclamo. Estos gastos serán por cuenta del Instituto.

El Asegurado Directo y sus dependientes están en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de información adicional que necesite el Instituto.

El Instituto está también autorizado a efectuar la revisión concurrente que consiste en visitar los centros médicos donde se encuentran internados aquellos asegurados que presentan casos de especial complejidad y que requieren de la visita en campo.

El reclamo simulado o fraudulento, hará perder todo derecho o indemnización, sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

CLÁUSULA XXVI. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión al Asegurado, a la última dirección conocida por éste.
2. **Revocatoria:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
3. **Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al superior jerárquico del departamento que declinó el recurso de revocatoria y ofrecer sus pruebas.
4. **Solicitud de revisión del monto indemnizado:** En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado de un gasto incurrido y que haya sido indemnizado por el Instituto, podrá solicitar por escrito una revisión del reclamo. El Instituto estará en la obligación de analizar los costos indemnizados y determinar si corresponden al costo razonable y acostumbrado del mercado.

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

El Instituto de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley No 8653; se compromete, a resolver las reclamaciones que le presenten en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de que el interesado presente todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en las presentes condiciones.

El Asegurado podrá consultar sobre el estado del trámite de su reclamo por los siguientes medios:

1. Teléfono: 800-Teleins (800-8353467)
2. Fax: 2221-2294.
3. Correo electrónico: contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XXVIII. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

1. El Asegurado oculta, informa o expone con falsedad o inexactitud todo hecho o circunstancia determinantes concernientes a esta póliza, a los riesgos cubiertos por la misma o al interés del Asegurado en ellos; o en el caso de que se incurra en fraude o juramento falso con respecto a lo anterior, hecho por el Asegurado, tanto antes como después de un siniestro.
2. El reclamo hecho, resulta fraudulento o si el Asegurado u otra persona autorizada por el mismo, actuando en su nombre, utiliza algún medio o recurso ilícito para obtener cobertura bajo el amparo de esta póliza.

En caso de aplicación de esta cláusula las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

CLÁUSULA XXIX. 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.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

SECCION G. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXXII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza es un seguro de gastos médicos anual renovable. Entrará en vigor el día en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima estipulada. La vigencia de esta póliza se indicará en las Condiciones Particulares y en el caso de la modalidad colectiva en los certificados.

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. Si el Instituto no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el Instituto deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.

CLAUSULA XXXIII. MODIFICACION Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

El Instituto podrá introducir modificaciones a las condiciones de la póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, así como cambiar las primas de ésta en cada fecha

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

de renovación anual o en cualquier fecha de vencimiento de la prima, según la forma de pago, siempre que dichas primas hayan estado vigentes y pagadas por doce (12) meses y que se notifique el cambio con treinta (30) días naturales de anticipación.

El Asegurado Directo o el Tomador del Seguro disponen de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que el Instituto informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa, esta póliza se tendrá por renovada automáticamente por un período igual.

En caso que la modificación genere la obligación de pagar una prima el Asegurado Directo o Tomador del Seguro, deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA XXXIV. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

El Instituto quedará liberado de sus obligaciones contractuales y procederá a la cancelación de la póliza, dando las primas por totalmente devengadas, cuando:

1. No se pague la prima correspondiente.
2. Se compruebe que el Asegurado ha declarado el riesgo de forma falsa o inexacta, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo la póliza no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones.
3. Vencido el Período de Gracia y no haya pago de la prima, conforme ésta establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

CLÁUSULA XXXV. CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO

Si el Asegurado Directo y/o Tomador deciden no mantener el seguro, deberán comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación. En este caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Asegurado y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

1. 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 las Condiciones Particulares, para lo cual deberá reembolsar al Asegurado Directo y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

2. En caso que se efectúe la exclusión de uno o varios asegurados o núcleos asegurados en una póliza individual o colectiva, pero la póliza se mantenga vigente, la devolución de las primas se deberá efectuar a prorrata.

Para efectos de los puntos 1. y 2. anteriores, cuando existan reclamos indemnizables de uno o varios asegurados o núcleos asegurados en una póliza individual o colectiva, se retendrá el cien por ciento (100%) de la prima pagada de ese asegurado en la póliza. El Asegurado mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior de la fecha de cancelación.

SECCION H. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXVI. TIPO DE CAMBIO

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida la póliza, el Tomador del seguro o el Asegurado podrán pagar según el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

SECCION I. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en 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.

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto por un lado y el Tomador del seguro, los asegurados y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

CLÁUSULA XXXVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

SECCION J. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XXXIX. COMUNICACIONES

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Tomador de seguro o el Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el mismo en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

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

En caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no hayan fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley N° 8687 Notificaciones Judiciales, de 04 de diciembre de 2008 y demás legislación aplicable.

SECCION K. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XL. 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 en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V5** de fecha **07 de agosto del 2015**.



ANEXO #1 COB-
ASIST VIAJ-INS MED



ANEXO
2-COBERTURA DENT



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO INS MEDICAL

Regional Internacional Grandes Deducibles

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

LUGAR: _____ FECHA: _____ No. DE PÓLIZA: _____

Póliza Individual Póliza Colectiva

Asegurado Directo Dependiente mayor de 18 años*

*en caso de marcar esta opción indicar el nombre del Asegurado Directo: _____

DATOS DEL SOLICITANTE	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil	
	N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
	Dirección exacta:					
	Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
	Teléfono Celular:		Nombre del Patrono:			
	Teléfono del Patrono:		Edad:			
	Estatura: _____ mts.		Peso: _____ Kgs			
DATOS DE LA PÓLIZA	¿SOLICITA CONTINUIDAD?		SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:		Si el seguro es extranjero o de otra compañía de seguros de Costa Rica, indique el nombre:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> INS Medical <input type="checkbox"/> Gastos médicos del INS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		_____	
	<input type="checkbox"/> 12 Anual <input type="checkbox"/> 01 Mensual (colectivos)		FORMA DE PAGO: <input type="checkbox"/> 06 Semestral <input type="checkbox"/> 03 Trimestral		VIGENCIA PRIMERA CUOTA: DESDE: _____ HASTA: _____ Día / Mes / Año Día / Mes / Año	
	RECARGOS POR PAGO FRACCIONADO DE PRIMA					
	Cuando la forma de pago elegida sea diferente de un pago anual, el Asegurado deberá pagar una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado de acuerdo con el porcentaje que se indica a continuación:					
	Forma de Pago Mensual: 9%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,09 y se divide entre 12.					
	Forma de Pago Trimestral: 7%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,07 y se divide entre 4.					
	Forma de Pago Semestral: 5% para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 2.		US\$ _____			
	Copago			Coaseguro		
	Copago en gastos ambulatorios	Consultas \$20 por cada visita al médico	Medicamentos \$5 por factura	Gastos ambulatorios y hospitalarios (excepto consultas ambulatorias)		Medicamentos
	Copago por Hospitalización	Costo del primer día de tarifa de habitación por cada vez que se hospitalice		Dentro de Red	Fuera de Red	Dentro o Fuera de Red
				20%	30%	30%
	Seleccione el deducible anual por persona (aplica sólo para INS Medical Regional e Internacional)					
	<input type="checkbox"/> \$200 <input type="checkbox"/> \$300 <input type="checkbox"/> \$400 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1000					
	Si se va a suscribir un seguro INS MEDICAL REGIONAL y se desea tomar alguna de las coberturas adicionales, favor marcar una de las siguientes opciones:					
<input type="checkbox"/> Cobertura de Cáncer.			<input type="checkbox"/> Cobertura de Enfermedades y Accidentes Graves.			
Si su seguro a suscribir es INS Medical Grandes Deducibles, favor marcar la opción de deducible a escoger:						
<input type="checkbox"/> US \$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> US\$10.000,00		<input type="checkbox"/> US \$15.000,00		
¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO						
Nombre de la compañía _____ N° de póliza _____						
¿Piensa continuar con la otra aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO						
Favor agregar el nombre del Producto: _____ y si tiene deducible favor indicar el monto del mismo _____.						
Se asegura por: <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> A favor de un tercero						
DEPENDIENTES A ASEGURAR MENORES DE 18 AÑOS	Nombre Completo		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Peso Kgs
Para cada solicitante dependiente deberá completarse la información que se solicita en el formulario "Dependientes Solicitantes", que se adjunta en la parte final de esta solicitud.						

1. ¿Presenta (n) algún tipo de enfermedad, tratamiento o anomalía en su salud? SÍ NO Si su respuesta es afirmativa, explique _____.
2. ¿Han sido rechazados, pospuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización, o aceptada pero sujeta a exclusiones o a sobreprimas sobre las tarifas estándar del asegurador? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, indique quién (es) _____ y el tipo de seguro respectivo _____.
3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, indique quién (es) _____ y por qué conceptos _____.
4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? SÍ NO Indique quién (es) _____, así como su clase _____ cantidad _____ y frecuencia _____.
5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, indique ¿Quién (es)? _____
Detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____.
6. ¿Alguna vez han fumado? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, ¿Quién (es)? _____
Indique: ¿Hace cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria: _____.
7. ¿Dejaron de fumar? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, ¿Quién (es)? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
8. ¿Se encuentra el solicitante, su cónyuge o dependiente en estado de embarazo? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, ¿Quién (es)? _____
Indique el número de semanas de gestación. _____
9. ¿Qué intervenciones quirúrgicas han tenido?. ¿Quién (es)? _____ Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos. _____
10. ¿En los últimos 12 meses, han tenido algún tipo de consulta médica? SÍ NO ¿Quién (es)? _____
Detalle el motivo _____
¿Qué le indicó el médico que tenía? _____ Nombre del médico tratante _____
11. ¿En los últimos 12 meses se han realizado algún tipo de exámenes para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografías, laboratorios, cateterismos cardíacos, etc, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? SÍ NO ¿Quién (es)? _____
Favor detallar lo preguntado _____
12. ¿En los últimos 12 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz? SÍ NO ¿Quién (es)? _____
Favor detallar lo preguntado _____
13. ¿Han padecido cáncer anteriormente? SÍ NO ¿Quién (es)? _____ dar detalles: tipo, cuándo, dónde fue atendido y si aún cuenta con algún tratamiento: _____
14. ¿Han tenido exámenes alterados en el pasado? SÍ NO ¿Quién (es)? _____ (cuáles, cuándo y dónde se realizaron) _____

Indique si el (los) solicitante (s) ha (n) sufrido o sufre (n) de alguna de las siguientes enfermedades. Marque con una x en cada casilla

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alcoholismo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ahogos o falta de aire | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibroquistes, quistes de las glándulas mamarias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos del sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infertilidad y/o esterilidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Migraña | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vértigo o mareos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Afecciones del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lumbago |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Parálisis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Minusvalía o Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Derrames cerebrales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de pecho (angina) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Deformidades |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Arritmias Cardíacas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Depresión o nervios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Varices o úlceras varicosas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Xifosis o lordosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ansiedad | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del estómago | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolor persistente o crónico de espalda |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estrés | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hemorroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ciática |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades mentales de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del esófago o intestinos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras u otra enfermedad en la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ojos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Colitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gota |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Catarata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gastritis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de los músculos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema de retina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Úlcera gástrica o duodenal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibromialgia |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de los oídos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sordera | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sangrado digestivo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones en los huesos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de riñones o vejiga | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros tipos de hernias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bocio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, lunares o tumores de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, tumores de la tiroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la voz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Albúmina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ronquera crónica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer o cualquier tipo de tumor |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tos crónica o persistente | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del pene y los testículos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Intolerancia a la glucosa o prediabetes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pleuresía o pulmonía | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la próstata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bronquitis crónica o enfisema | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del recto o ano | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Azúcar en la orina |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cólico hepático o renal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimiento del sistema endocrino |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los pulmones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del útero | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Elevación de colesterol y/o triglicéridos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ovarios o trompas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sobrepeso, obesidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimientos de la garganta, amígdalas y/o adenoides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones órganos genitales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros padecimientos o enfermedades |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos de la nariz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Endometriosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infección por Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desviación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desórdenes menstruales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Crecimiento de los cornetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes de los ovarios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estado seropositivo por HIV |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pólipos de la laringe o de las cuerdas vocales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Miomas, fibromas del útero | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otras inmunodeficiencias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sinusitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las glándulas mamarias | |

En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación

NOMBRE	Nombre Médico Clínica u Hospital	Nombre de la Enfermedad	Fecha de inicio	Duración de la Enfermedad	Resultado del tratamiento

BENEFICIARIOS	EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE:						
	<p>Advertencia:</p> <p>En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.</p> <p>Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.</p>						
	Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:				
	Provincia:	Cantón:					
Nombre:	Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección:	Otras señas:					
	Provincia:	Cantón:					
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado:						
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____ _____ Recuerde mantener actualizados sus datos.						
DECLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES	Declaro que toda la información anterior ha sido dictada o escrita y verificada por mí, es completa y verdadera, y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir la póliza. Convengo que cualquier declaración falsa o inexacta facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelarla, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Acepto reintegrar las sumas correspondiente en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida. Asimismo, autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida.						
	DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA Se me ha informado que el INSTITUTO me debe entregar el documento denominado Información previa al perfeccionamiento del contrato, antes de concretar la formalización del seguro.						
La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contados a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.							
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 Ins Medical Regional, P16-35-A01-113-V5 de fecha 07 de agosto del 2015, INS Medical Internacional P16-35-A01-072-V5 de fecha 07 de agosto del 2015 e INS Medical Grandes Deducibles P16-35-A01-092-V4 de fecha 05 de febrero del 2015.							
_____ Firma y No. de identificación del Solicitante			_____ Nombre Intermediario				
_____ Firma y número de Intermediario							
ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS							
OBSERVACIONES O EXCLUSIONES							
Fecha de aceptación:							
ACEPTADA:			AUTORIZADO:				



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil	
N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil	
N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo				Estado Civil	
N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	Teléfono Celular:
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		