

Instituto Nacional de Seguros

GASTOS MEDICOS DEL INS

Código de producto:

P16-35-A01-143

(Versión 4)

Fecha de registro V4: 04-dic-15

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS 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.....	8
CLAUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES.....	8
CLÁUSULA III. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	9
SECCIÓN C. AMBITO DE LA COBERTURA	9
CLÁUSULA IV. ÁMBITO DE COBERTURA	9
CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA.....	9
CLÁUSULA VI. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	9
CLÁUSULA VII. COBERTURAS	10
CLÁUSULA VIII. PERÍODO DE CARENCIA.....	13
CLÁUSULA IX. GASTOS NO CUBIERTOS	14
CLÁUSULA X. RIESGOS NO CUBIERTOS	16
SECCION D. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS	17
CLAUSULA XI. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	17
CLAUSULA XII. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	18
CLÁUSULA XIII. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO	18
SECCION E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.....	19
CLÁUSULA XVI. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO	19
CLÁUSULA XV. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	19
CLÁUSULA XVI. PROVEEDORES AFILIADOS.....	20
CLÁUSULA XVII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS	20
CLÁUSULA XVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO	20
CLÁUSULA XIX. COASEGURO.....	20
CLÁUSULA XX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	20
CLÁUSULA XXI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	21
SECCION F. PRIMAS.....	21
CLÁUSULA XXII. PAGO DE LA PRIMA.....	21
CLÁUSULA XXIII. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA.....	22
CLÁUSULA XXIV. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	22
CLÁUSULA XXV. PERÍODO DE GRACIA.....	22
SECCION G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS.....	23
CLÁUSULA XXVI. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS.....	23
CLÁUSULA XXVII. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR).....	24
CLÁUSULA XXVIII. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO).....	25
CLÁUSULA XXIX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....	27
CLÁUSULA XXX. AUDITORIA MÉDICA.....	27
CLÁUSULA XXXI. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	27
CLÁUSULA XXXII. SUBROGACIÓN	28
CLÁUSULA XXXIII. OTROS SEGUROS	28
CLÁUSULA XXXIV. PRESCRIPCIÓN	28
SECCION H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES	28
CLÁUSULA XXXV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	28
CLÁUSULA XXXVI. RENOVACIÓN.....	29
CLÁUSULA XXXVII. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA.....	29
CLÁUSULA XXXVIII. FINALIZACION DE LA PÓLIZA	29
SECCION I. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.....	30
CLÁUSULA XXXIX. LEGISLACIÓN APLICABLE	30
CLÁUSULA XL. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	30
SECCION J. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	30
CLÁUSULA XLI. COMUNICACIONES	30
SECCION K. LEYENDA DE REGISTRO.....	31
CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	31
ANEXO 1. BENEFICIOS Y COBERTURAS	32

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES**

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, cédula jurídica número 400000-1902-22, compañía de seguros domiciliada en Costa Rica, denominado en adelante el **Instituto**, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que a continuación se estipulan, con base en las declaraciones hechas por el **Tomador del seguro** en la solicitud que origina este contrato, la cual es parte integrante del mismo.

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 y/o Asegurado** dejen de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando en un aniversario de la misma, notifiquen 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 DE GASTOS MEDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES
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:** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo este contrato.
2. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es la figura del Instituto que administra la Red de Proveedores a nivel nacional y coordina los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el Asegurado lo requiera.
3. **APARATOS DE APOYO:** Dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neurológico, muscular o esquelético.
4. **ASEGURADO:** Toda persona protegida por esta póliza. En la modalidad colectiva es toda persona que:
 - a) Sea una persona física,
 - b) Haya sido reportada por el Tomador del seguro y aceptada por el Instituto.
5. **ASEGURADO DIRECTO:** Persona asegurada que suscribe esta póliza.
6. **ASEGURADO NOMINAL:** Persona que suscribe y paga la póliza a nombre de otra como responsable, pero que no goza de los beneficios de la misma.
7. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
8. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
9. **CIRUGÍA PROGRAMADA O ELECTIVA:** Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que, aun cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

- 10. CLIMATERIO:** son todos aquellos trastornos que suceden en la mujer asociados a la reducción fisiológica de las hormonas sexuales femeninas.
- 11. COASEGURO:** Es el porcentaje específico que se aplica a los gastos cubiertos en caso de siniestro, el cual deberá cancelar cada Asegurado. Su base de cálculo es sobre el total del monto que el Instituto haya considerado como procedente para la atención o tratamiento derivado de un padecimiento o accidente.
- 12. CONSULTA MÉDICA:** Valoración física que efectúa el médico tratante al paciente. Comprende historia clínica, examen físico, prescripción para el tratamiento o pruebas de diagnóstico y valoración para referencia.
- 13. CONVIVIENTE:** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
- 14. COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.
- 15. DEPENDIENTE:** Se consideran como dependientes asegurables a las siguientes personas:
 - a. El cónyuge o conviviente.
 - b. Los hijos del Asegurado, ya sean de él mismo, del cónyuge o conviviente, o de ambos, siempre que sean solteros, que a la fecha del siniestro dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes. Adicionalmente debe cumplir con lo estipulado en la Cláusula Requisitos de Aseguramiento, punto 1 Edades de Contratación.
- 16. DEPORTES DE ALTO RIESGO:** Son todas aquellas actividades recreativas o deportivas que presentan mayor peligro de accidente para quienes las practican, sea por frecuencia o por severidad.
- 17. DEPORTES PROFESIONALES:** Son todas aquellos deportes donde el Asegurado participa voluntariamente por competición, dentro del ámbito de una organización o Club y a cambio recibe una remuneración.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- 18. DISPUTABILIDAD:** Cláusula defensiva, que permite a la compañía de seguros investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la muerte de un Asegurado antes de cumplir el plazo establecido en la cobertura de muerte de las condiciones generales del seguro de gastos médicos. Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la inclusión del Asegurado y el siniestro ocurre antes del plazo indicado, permite liberar su responsabilidad de pago.
- 19. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 20. EMERGENCIA:** Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (24) horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.
- 21. ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.
- 22. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:** Son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguna persona infectada.
- 23. ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido:
- Diagnosticada por un médico; o
 - De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
- 24. FARMACIA:** Todo establecimiento comercial autorizado legalmente para el expendio de medicamentos.
- 25. FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CASTRÓFICO:** Manifestación violenta y destructiva de la fuerza de la naturaleza, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
- 26. GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
- 27. GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
- 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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

hospital o clínica o que permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- 40. PRE-MENOPAUSIA:** es el período que precede a la última menstruación (menopausia).
- 41. PRIMA:** Precio pactado por el seguro contratado.
- 42. PROVEEDOR AFILIADO:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud. Existen dos tipos de proveedor:
- a. Tipo A: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos mayores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
 - b. Tipo B: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos menores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
- 43. PROVEEDOR NO AFILIADO:** Es la persona física o jurídica que no está autorizada por el Administrador de Servicios Médicos. El Asegurado puede recibir bienes o servicios de salud de un proveedor no afiliado.
- 44. REFRACCIÓN VISUAL:** Son todos aquellos defectos oculares que tienen como denominador común que la visión es imperfecta como consecuencia de la falta de enfoque de la imagen sobre la retina e incluyen, entre otros, la hipermetropía, la miopía, el astigmatismo y la presbicia.
- 45. RETICENCIA:** Ocultación maliciosa de forma parcial o total efectuada por el Asegurado al realizar las declaraciones sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.
- 46. TARIFAS A CORTO PLAZO:** Es el porcentaje de la prima no devengada que se devuelve una vez considerado el gasto administrativo.
- 47. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN:** Es el carné que identifica a cada Asegurado cuando suscribe el seguro, en el cual se detalla su nombre, monto asegurado, número de póliza y fecha de emisión del seguro. Una vez perfeccionado el contrato, el Instituto entregará el carné a cada Asegurado.
- 48. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos.
- 49. TRANSPORTE TERRESTRE EN AMBULANCIA:** Servicio de transporte terrestre del paciente asegurado, en vehículos debidamente equipados para atender y trasladar enfermos.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

50. 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.
- c. Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
- d. No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el Asegurado o no estar generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos, AMA (Asociación Médica Americana).
- e. Estar descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en un documento de consentimiento, descargo o autorización firmado por el Asegurado o alguna persona actuando en nombre de él.

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

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA

CLAUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza de Gastos Médicos del INS y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la cotización de seguro aceptada por el Tomador del seguro, la solicitud de seguro, los reportes del Tomador del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares; así como los adenda y el certificado en la modalidad colectiva.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA III. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

SECCIÓN C. AMBITO DE LA COBERTURA

CLÁUSULA IV. ÁMBITO DE COBERTURA

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

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

La cobertura de esta póliza contempla gastos incurridos en el territorio nacional. No obstante si el Asegurado incurre en gastos médicos fuera del territorio nacional, éstos serán cubiertos de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados del mercado costarricense.

CLÁUSULA V. SUMA ASEGURADA

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

CLÁUSULA VI. 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.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

b) No contributivo: El Tomador de seguro paga la totalidad de la prima.

CLÁUSULA VII. COBERTURAS

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

1. COBERTURA A

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

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

2. COBERTURA B

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

a. Servicios de Hospitalización

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

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

b. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatoria

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

c. Cuidados de Enfermería en el Hogar

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

d. Terapias Especiales

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

e. Exámenes Especiales

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

f. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria

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

g. Aparatos de Apoyo

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

- i. Enfermedad:** Aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.
- ii. Incapacidad:** Pago de alquiler de muletas, silla de ruedas, cama especial para enfermo y otros aparatos similares para el tratamiento de la incapacidad física.

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

h. Transporte terrestre en ambulancia.

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

3. COBERTURA EN CASO DE MUERTE

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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

a. Disputabilidad

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

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

b. Suicidio

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

c. Beneficiarios

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

- i. Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
- ii. 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.

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.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

4. COBERTURA DE MATERNIDAD

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

Incluye los siguientes gastos:

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

CLÁUSULA VIII. PERÍODO DE CARENCIA

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

- a. Catarata, glaucoma.
- b. Amígdalas, adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz y senos paranasales.
- c. Asma.
- d. Enfermedades de la tiroides.
- e. Enfermedades de la mama.
- f. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar.
- g. Hernias.
- h. Litiasis del sistema urinario y/o sus complicaciones.
- i. Enfermedades de la próstata.
- j. Fístulas del ano, fisuras del ano y hemorroides.
- k. Insuficiencia venosa, várices y varicocele.
- l. Enfermedades del aparato genital femenino y prolapso urogenital.
- m. Osteopenia, osteoporosis y /o sus complicaciones, siempre y cuando éstos no estén relacionados con la pre-menopausia y climaterio.
- n. Tratamiento, hospitalización u otros suministros relacionados con el embarazo o su fase final.
- o. Todo gasto relacionado con el trasplante al Asegurado de algún órgano o parte de él.

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA IX. GASTOS NO CUBIERTOS

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

1. Trastornos mentales y sus manifestaciones clínicas, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
2. Tratamientos para la prevención y curación por alcoholismo o drogadicción.
3. Atenciones odontológicas, excepto el tratamiento necesario en caso de un accidente cubierto por esta póliza.
4. Aparatos en sustitución o apoyo de piezas dentales, excepto en caso de accidente cubierto por la póliza.
5. Aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.
6. Trastornos de la refracción visual.
7. Bienes o servicios referidos a la implementación de métodos anticonceptivos quirúrgicos o no, u orientados a esterilizar. Tampoco, se cubrirá el uso de anticonceptivos orales para tratamiento de ningún tipo de patología.
8. No se cubrirán exámenes previos de diagnóstico de infertilidad o esterilidad ni estudios, procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial.
9. Estudios, procedimientos o tratamientos orientados a modificar el sexo.
10. Enfermedades de transmisión sexual
11. Enfermedades por el virus del papiloma humano; excepto en la piel.
12. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones
13. Consultas médicas, exámenes de diagnósticos, tratamientos o complicaciones derivados de:
 - a. Pre-menopausia y climaterio
 - b. Dermatitis atópica y acné

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

- c. Pie plano, genu valgo y genu varo
 - d. Alopecia
 - e. Estrés y fatiga
14. Gastos por tratamiento del sobrepeso y/o la obesidad, por cualquier causa, condición, padecimiento o enfermedad, sea directa o indirectamente relacionada.
 15. Gastos incurridos, tratamientos o consultas por cirugía estética. Se exceptúa la cirugía reconstructiva para corregir lesiones, deformaciones o enfermedades cubiertas por esta póliza.
 16. Enfermedades pre-existentes conforme con lo indicado en su definición, independientemente de que sean emergencias o no.
 17. Atención médica u hospitalaria a causa de embarazo en hijas u otras dependientes económicas, excepto la cónyuge o conviviente asegurada.
 16. Tratamientos no prescritos u ordenados por el médico u odontólogo tratante, o bien, tratamientos que si sean prescritos pero no relacionados con el diagnóstico que se está tratando al amparo de esta póliza.
 17. Tratamientos prescritos u ordenados en exceso de períodos mayores de noventa (90) días.
 18. Valoración para comprobar el estado de salud, tratamientos preventivos, reconstituyentes y vacunas.
 19. Lesiones o padecimientos que el Instituto expresamente indique como exclusión al Asegurado, en las condiciones particulares de esta póliza.
 20. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente póliza.
 21. Artículos no prescritos médicamente y que no son necesarios para la atención del paciente.
 22. Uso o alquiler de equipo no contemplado expresamente en la Cláusula Coberturas.
 23. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial, como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

24. Gastos incurridos por el Asegurado por bienes o servicios suministrados por personas que no sean médicos profesionales o no considerados médicamente necesarios.
25. Gastos incurridos por el Asegurado en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.
26. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
27. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que sean o no del Instituto.
28. Gastos incurridos por acompañantes del paciente Asegurado.
29. Tratamientos experimentales, exceptuando los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, los cuales sólo serán cubiertos con la previa aprobación del Instituto.
30. Trastornos generalizados del desarrollo.
31. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), suplementos alimenticios o energizantes.
32. Cirugías de reducción mamaria, por cualquier causa, condición, padecimiento o enfermedad, sea directa o indirectamente relacionada.

CLÁUSULA X. RIESGOS NO CUBIERTOS

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

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
2. Fusión o fisión nuclear.
3. Autolesión deliberada, tentativas de suicidio u homicidio, participación en actos de guerra o terroristas, revolución, conmoción civil, conspiración, tumulto, motines, delitos, duelos y riñas. Se exceptúa la legítima defensa.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

4. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra viajando en medios no terrestres de transporte, que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a ruta fija, legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
5. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre conduciendo sin la licencia habilitante, o cuando viaje como piloto o pasajero de algún vehículo de carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad.
6. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, drogas ilegales, psicotrópicos o estupefacientes.
7. Accidentes en la práctica de los deportes:
 - a. Cuando se realicen en cualquier tipo de torneos.
 - b. Deportes de alto riesgo y deportes profesionales como: motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, toreo, fútbol, boxeo, bungee jumping, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, sky walk o sky trek, buceo recreativo, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, automovilismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro, tauromaquia, equitación y demás deportes profesionales.
8. Accidentes en la práctica de la exploración de cuevas, cavernas y volcanes.

SECCION D.DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

CLAUSULA XI. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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.

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.

CLAÚSULA XII. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

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

CLAÚSULA XIII. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo o culpa grave perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.

SECCION E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XVI. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO

1. Edades de contratación

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

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

2. Aseguramiento

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

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

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

CLÁUSULA XV. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVI. PROVEEDORES AFILIADOS

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

CLÁUSULA XVII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

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

Para los casos en que dicha omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida donde haya mediado pago de prima, el Instituto devolverá el monto de las primas no devengadas, tal y como se indica en Pago de Primas y Procedimiento de Devolución.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

CLÁUSULA XVIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

CLÁUSULA XIX. COASEGURO

La suma porcentual específica que debe pagar el Asegurado por los gastos, bienes o servicios de salud recibidos, se establece en el cuadro de coberturas cubiertas y **coaseguros que se incluye al final de esta póliza, en el Anexo No. 1.**

CLÁUSULA XX. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, 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.

SECCION F. PRIMAS

CLÁUSULA XXII. PAGO DE LA PRIMA

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

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

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

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 la prima en la fecha de renovación 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.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXIII. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA

En cada fecha de renovación anual, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza para adecuarlas a la edad alcanzada de los asegurados según sexo, a la experiencia siniestral en este plan de seguro o para actualizar la suma asegurada.

La modificación en primas se aplicará sea que el Asegurado decida prorrogar o renovar su contrato.

CLÁUSULA XXIV. CANCELACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Si el Asegurado Directo y/o Tomador decide no mantener el seguro, deberá comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación.

En tal caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Asegurado Directo y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en 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.

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

CLÁUSULA XXV. PERÍODO DE GRACIA

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

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

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

SECCION G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXVI. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS

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

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

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

1. Pago Directo al Proveedor:

Esta póliza ofrece la opción al Asegurado de utilizar bienes o servicios de salud mediante el sistema de proveedores afiliados, con los cuales, las coberturas amparadas bajo la presente póliza serán pagadas directamente a los proveedores afiliados, siempre y cuando el Asegurado haya solicitado la pre-autorización médica al Instituto:

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

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

2. Pago por Reembolso:

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

Asimismo, se reembolsarán los siguientes gastos:

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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

3. Liquidación de gastos:

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

a. Costos Razonables por Tratamientos Ambulatorios:

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

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

b. Costos Razonables por Hospitalización:

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

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

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

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

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

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

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

2. En caso de fallecimiento por accidente o enfermedad:

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

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas distintos al español e inglés, el Asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Asegurado o beneficiario deberán aportar los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXIX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

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

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

Para informar sobre el siniestro o para consultar por el pago de la indemnización el Asegurado o el beneficiario se pueden comunicar al teléfono 800 - TeleINS (800-8353467), enviar un fax al 2221-2294 o un correo electrónico a la dirección contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA XXX. AUDITORIA MÉDICA

El Asegurado autoriza expresamente a los funcionarios que el Instituto designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en sus expedientes en centros hospitalarios, clínico o consultorio, ya sea en Costa Rica o en cualquier parte del mundo.

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

CLÁUSULA XXXI. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

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

Solicitud de revisión del monto indemnizado: En caso 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.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA XXXII. 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 XXXIII. 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.

CLÁUSULA XXXIV. 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.

SECCION H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXXV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Este es un seguro de gastos médicos renovable. El monto asegurado se reinstala cada año póliza. La vigencia es desde la fecha de emisión, contada a partir del día en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima respectiva, hasta el 31 de diciembre de cada año. Posteriormente, el seguro se renueva cada 1° de enero, por un año.

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

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

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.

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

CLÁUSULA XXXVI. RENOVACIÓN

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

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

CLÁUSULA XXXVII. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA

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

El Tomador de seguro podrá cambiar el plan de seguro, el intermediario de seguros y la forma de pago a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes de antelación al Instituto y sujeto a pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

CLÁUSULA XXXVIII. FINALIZACION DE LA PÓLIZA

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

1. Solicitud expresa del Tomador del seguro solicitando la exclusión del Asegurado.
2. Uso indebido de la tarjeta de identificación.
3. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en la cláusula de Omisión y/o Inexactitud o Declaraciones Falsas de esta póliza.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

4. Para los dependientes del Asegurado Directo (excepto el cónyuge o conviviente), en la fecha de renovación en que hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad, o que dejen de ser dependientes económicos, lo que ocurra primero.
5. No se pague la prima correspondiente.
6. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
7. Finalice la vigencia de la póliza.

SECCION I. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXXIX. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

CLÁUSULA XL. 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.

SECCION J. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XLI. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas 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 los cambios 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.

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES**

SECCION K. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-143 V3 de fecha 26 de marzo del 2014.

SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS CONDICIONES GENERALES

ANEXO 1. BENEFICIOS Y COBERTURAS

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Seguros Personales

SOLICITUD PARA UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS

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

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 <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma Estado Civil <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: _____																														
	Identificación: _____ Ocupación o actividad económica: _____																														
	Fecha nacimiento: Día / Mes / Año _____ Nacionalidad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Escolaridad <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario																														
	Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____																														
	Dirección exacta: _____																														
	Apartado: _____ Teléfono Oficina: _____ Teléfono Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____																														
	Dirección Electrónica: _____																														
	Nº de Fax: _____ Edad: _____ Estatura mts. _____ Peso Kgs. _____																														
	DATOS DE LA PÓLIZA	¿Usted contaba o cuenta con un seguro de gastos médicos con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre de la compañía _____ Nº de póliza _____																													
FORMA DE PAGO: <input type="checkbox"/> 12 Anual <input type="checkbox"/> 06 Semestral <input type="checkbox"/> 03 Trimestral <input type="checkbox"/> 01 Mensual Corriente (Colectivas) <input type="checkbox"/> 01 Deducción Mensual <input type="checkbox"/> 99 Otros ¿Incluye al Solicitante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DESDE: _____ HASTA: _____ Día / Mes / Año Día / Mes / Año																															
SUMA ASEGURADA: ₡ _____ (_____ 00/100)																															
Se asegura por: <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> Por cuenta de un tercero																															
DEPENDIENTES SOLICITANTES	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre Completo</th> <th>N. de Identificación</th> <th>Parentesco</th> <th>Fecha de nacimiento</th> <th>Peso Kgs.</th> <th>Estatura mts.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nombre Completo	N. de Identificación	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso Kgs.	Estatura mts.																								
	Nombre Completo	N. de Identificación	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso Kgs.	Estatura mts.																									
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. Si algunos miembros de la familia no se incluyen, indique el motivo:																															
1. ¿Gozan de buena salud? Si su respuesta es NO, indique quién (es) y el tipo de anomalía, enfermedad o traumatismo. _____																															
2. ¿Han sido rechazados, pospuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización? Si la respuesta es SI, indique quién (es) y el tipo de seguro respectivo. _____																															
3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y por qué conceptos. _____																															
4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? Si su respuesta es SI, indique quién (es), así como su clase, cantidad y frecuencia respectivamente. _____																															
5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? Sí <input type="checkbox"/> Indique _____ No <input type="checkbox"/> Detalle: _____ Frecuencia _____, Cantidad _____, Motivo _____																															
INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES	1. ¿Gozan de buena salud? Si su respuesta es NO, indique quién (es) y el tipo de anomalía, enfermedad o traumatismo. _____																														
2. ¿Han sido rechazados, pospuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización? Si la respuesta es SI, indique quién (es) y el tipo de seguro respectivo. _____																															
3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y por qué conceptos. _____																															
4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? Si su respuesta es SI, indique quién (es), así como su clase, cantidad y frecuencia respectivamente. _____																															
5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? Sí <input type="checkbox"/> Indique _____ No <input type="checkbox"/> Detalle: _____ Frecuencia _____, Cantidad _____, Motivo _____																															

INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES

6. a) ¿Fuma? Sí NO ¿Quién? ¿Durante cuánto tiempo? _____ . Cantidad diaria que Fuma _____ .
- b) ¿Dejaron de fumar? Sí NO ¿Quién? ¿Hace cuánto tiempo? _____ . Cantidad diaria que Fumaban _____ .
7. ¿Han tenido síntomas o han padecido de deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quién (es). _____
8. ¿Han recibido tratamiento al respecto? Si su respuesta es SI, indique quién (es). _____
9. ¿Les han recomendado realizarse algún examen sanguíneo para determinar deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quién (es) y el motivo; dar fecha, resultados, lugar dónde se practicó (aron) el (los) examen (es) y su causa. _____
10. ¿Se encuentra el solicitante o su cónyuge en estado de embarazo? Sí No En caso afirmativo, indique el número de semanas de gestación _____ .
11. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido algún tipo de consulta médica? Sí No Detalle el motivo _____ . Padecimiento o diagnóstico _____ . Lugar de la consulta _____ . Nombre del médico tratante _____ .
12. ¿En los últimos 12 meses se han realizado algún tipo de examen para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografía, cateterismo, cardíacos, entre otros, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? Sí No ¿Quién? _____ Favor detallar lo preguntado ? _____
13. ¿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? Favor detallar lo preguntado _____
14. ¿Qué intervenciones quirúrgicas han tenido? ¿Quién? _____ Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos _____
15. ¿Han padecido cáncer anteriormente? Sí No ¿Quién? Si su respuesta es afirmativa indique: cuándo, dónde fue atendido y si aún cuenta con algún tratamiento: _____
16. ¿Han tenido exámenes alterados en el pasado? Sí No ¿Quién? Si su respuesta es afirmativa indique: cuáles, cuándo y dónde se realizaron: _____
17. ¿Indique si tienen médico de cabecera (nombre, dirección y teléfono) y además los centros médicos donde hayan sido atendidos? _____

BENEFICIARIOS

EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE

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 y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

Nombre:		Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección:		Otras señas:				
	Provincia:	Cantón:					
Nombre:		Cédula:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje:	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección:		Otras señas:				
	Provincia:	Cantón:					

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DEL SOLICITANTE Y DEPENDIENTES

Indique si alguno (s) del (los) solicitante (s) ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades. Marque con una x.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alcoholismo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de cabeza persistentes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sinusitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desórdenes menstruales |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Migraña | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ahogos o falta de aire | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vértigo o mareos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastornos del sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Miomas, fibromas del útero |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las glándulas mamarias |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Parálisis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Afecciones del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fibroquistes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Derrames cerebrales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infertilidad y/o esterilidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Depresión o nervios | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolores de pecho (angina) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lumbago |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ansiedad | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Arritmias Cardíacas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Minusvalía o Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Estrés | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Varices o úlceras varicosas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Deformidades |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades mentales de cualquier tipo | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del estómago | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Epilepsia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del esófago o intestinos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Xifosis o lordosis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ojos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hemorroides | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dolor persistente o crónico |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Catarata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cálculos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ciática |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema de retina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Colitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Problema de la visión (indique el grado de pérdida) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gastritis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Artritis |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad de los oídos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cólicos del hígado | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Gota |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sordera | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras u otra enfermedad de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de los músculos |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la tiroides | <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 Bocio | <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 Quistes, tumores de la tiroides | <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 Trastornos de la voz | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de riñones o vejiga | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hernias de cualquier tipo |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ronquera crónica | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hidrocele |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tos crónica o persistente | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quistes, lunares o tumores de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Asma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Albúmina | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Inflamación de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pleuresía o pulmonía | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Piedras en las vías urinarias | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la piel |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Bronquitis crónica o enfisema | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades venéreas del pene o los testículos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer o cualquier tipo de tumor |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la próstata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los pulmones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Padecimientos de la garganta, amígdalas y/o adenoides | <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 Trastornos de la nariz | <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 Desviación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades del útero | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sobrepeso, obesidad |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Crecimiento de los cornetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedades de los ovarios o trompas | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros padecimientos y Enfermedades |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infecciones órganos genitales | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Colesterol y triglicéridos altos |

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

NOTIFICACIONES

Señale el medio por el cual desea ser notificado:
 Correo electrónico: _____ Fax: _____
 Apartado o Dirección: _____
Recuerde mantener actualizados sus datos.

DECLARACIÓN SOLICITANTE

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y 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 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. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL ENTREGADA O FORMA DE ACCEDERLA

He recibido las Condiciones Generales y Particulares de este seguro, las cuales me fueron entregadas, leídas en forma clara y ampliamente explicadas; manifiesto haberlas entendido, las acepto libremente y entiendo que al suscribir esta solicitud el seguro podrá ser emitido en estas condiciones. Adicionalmente, se me ha informado que puedo tener acceso a esta información

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.

Para cualquier consulta sobre su seguro o notificación de siniestro puede contactar con el Instituto Nacional de Seguros, teléfonos 800-TELEINS o al número 800-8353467, página Web del INS (www.ins-cr.com) en la opción contáctenos correo electrónico contáctenos @ins -cr.com, o con su Operador de Seguro (Nombre, No. Teléfono y correo electrónico).

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-143 V3 de fecha 26 de marzo del 2014.

Firma y No. de identificación del solicitante	LUGAR: _____	_____
	FECHA: _____	Nombre, firma y número de Intermediario

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES:

ACEPTADA:	FECHA DE ACEPTACIÓN	AUTORIZADO:
-----------	---------------------	-------------



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Seguros Personales

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 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			
<input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe			
Nº Identificación		Ocupación o actividad económica:		Otro: _____	
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:		Escolaridad <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	
		Distrito:		<input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Dirección Electrónica:		Nº de Fax:	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Seguros Personales

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 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			
<input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe			
Nº Identificación		Ocupación o actividad económica:		Otro: _____	
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:		Escolaridad <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	
		Distrito:		<input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Dirección Electrónica:		Nº de Fax:	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Seguros Personales

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 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado			
<input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe			
Nº Identificación		Ocupación o actividad económica:		Otro: _____	
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia:		Cantón:		Escolaridad <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	
		Distrito:		<input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
Dirección exacta:					
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Dirección Electrónica:		Nº de Fax:	