

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro INS Medical Internacional

**Código de producto: P16-35-A01-072  
(Versión 2)**

**Fecha de registro V2: 20-nov-13**

**Oficio de solicitud de registro V2: G-04796-2013**

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

### ÍNDICE DE CONTENIDO

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO .....	2
CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO .....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO .....	3
CLÁUSULA IV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	3
CLÁUSULA V. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN .....	4
CLÁUSULA VI. ÁMBITO DE COBERTURA .....	4
CLÁUSULA VII. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA .....	4
CLÁUSULA VIII. TÉRMINOS Y DEFINICIONES .....	5
CLÁUSULA IX. PERSONAS ASEGURADAS .....	12
CLÁUSULA X. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA .....	12
CLÁUSULA XI. COBERTURAS .....	12
CLÁUSULA XII. COBERTURAS BÁSICAS .....	13
1. Cobertura de Gastos médicos .....	13
2. Cobertura de asistencia al viajero .....	22
3. Cobertura de chequeos .....	22
4. Cobertura por fallecimiento .....	23
5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia. ....	24
CLÁUSULA XIII. GASTOS CUBIERTOS .....	25
CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA .....	27
CLÁUSULA XV. PAGO DE PRIMAS .....	28
CLÁUSULA XVI. PARTICIPACION DE UTILIDADES .....	29
CLÁUSULA XVII. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA .....	30
CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA .....	30
CLÁUSULA XIX. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA .....	30
CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA .....	31
CLÁUSULA XXI. CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO .....	31
CLÁUSULA XXII. PERÍODOS DE CARENCIA .....	33
CLÁUSULA XXIII. RIESGOS EXCLUIDOS .....	34
CLÁUSULA XXIV. GASTOS EXCLUIDOS .....	35
CLÁUSULA XXV. DEDUCIBLE Y COASEGURO .....	38
CLÁUSULA XXVI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO .....	38
CLÁUSULA XXVII. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS .....	38
CLÁUSULA XXVIII. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS .....	39
CLÁUSULA XXIX. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	40
CLÁUSULA XXX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES .....	40
CLÁUSULA XXXI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS .....	41
CLÁUSULA XXXII. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA .....	41
CLÁUSULA XXXIII. PRESCRIPCIÓN .....	41
CLÁUSULA XXXIV. COMUNICACIONES .....	41
CLÁUSULA XXXV. SUBROGACIÓN .....	42
CLÁUSULA XXXVI. OTROS SEGUROS .....	42
CLÁUSULA XXXVII. TIPO DE CAMBIO .....	42
CLÁUSULA XXXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	42
CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	43
CLÁUSULA XL. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	43
CLÁUSULA XLI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	43
CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS .....	43



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

### ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

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



Guillermo Vargas Roldán  
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

### **CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO**

Constituyen esta póliza de INS Medical Internacional 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.

### **CLÁUSULA II. 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.

### **CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO**

El Asegurado tendrá la facultad de revocar unilateralmente el contrato amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de seguro, siempre que no haya acaecido el evento objeto de cobertura.

El Instituto dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles a contar desde el día que reciba la comunicación de la revocación unilateral del contrato, para devolver el monto de la prima.

### **CLÁUSULA IV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA**

Esta póliza es un seguro de gastos médicos anual renovable. Entrará en vigor en el día y la hora en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima estipulada.

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.



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA V. 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 VI. 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 el resto del mundo; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza y de acuerdo con las cláusulas siguientes.

Los montos a indemnizar serán cubiertos de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados vigentes en el país en el que se encuentre el Asegurado al momento de requerir el servicio.

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. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma, se utilizarán las demás coberturas de este Seguro de INS Medical.

### CLÁUSULA VII. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, hasta menos de setenta (70) años de edad 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 a lo establecido en las Condiciones Particulares. En caso de que el Asegurado emita el contrato o 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 para los asegurados que hayan alcanzado los setenta (70) años.

## **CLÁUSULA VIII. TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza.

1. **ACCIDENTE:** 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 esta póliza.
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.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

9. **CLIENTE ESTRATÉGICO:** Es aquel que ha sido definido como tal por la Gerencia del Instituto o por aquellas dependencias designadas por esta, 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.
10. **COASEGURO:** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado en adición al deducible, en los casos en los que aplique.
11. **CONVIVIENTE:** Persona del sexo opuesto al Asegurado Directo con quien éste o ésta cohabita por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, sin que los una relación matrimonial alguna, según lo indicado en el Código de Familia.
12. **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.
13. **DEDUCIBLE:** Suma fija o porcentual que debe asumir el Asegurado antes de la aplicación del coaseguro, que se establece en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes.
14. **DEPENDIENTES:** Se consideran como dependientes asegurables las siguientes personas:
- a) El cónyuge o, en su defecto, la persona que, en calidad de conviviente del Asegurado Directo está reconocida como tal, según lo indicado en el Código de Familia.
  - 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.
15. **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.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

16. **DONADOR:** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
17. **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.
18. **EDAD:** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:
  - 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.
19. **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.
20. **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.
21. **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).
22. **ENFERMEDAD EPIDÉMICA:** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.
23. **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.
24. **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

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.

25. **ESTERILIDAD:** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
26. **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.
27. **GASTOS OPERATIVOS:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: gastos administrativos, costos de distribución y reserva de contingencias.
28. **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.
29. **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.
30. **GRADO DE AFINIDAD:** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
31. **GRADO DE CONSANGUINIDAD:** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
32. **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.
33. **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.
34. **INFERTILIDAD:** Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad de veinticuatro (24) semanas de gestación.
35. **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.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

36. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
37. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO QUIRÚRGICOS:** Son los siguientes:
- a) Método del moco cervical.
  - b) Condón masculino.
  - c) Condón femenino.
  - d) Diafragma.
  - e) Espermaticidas.
  - f) Esponjas vaginales.
  - g) Dispositivos intrauterinos.
  - h) Anticonceptivos orales.
  - i) Anticonceptivos inyectados.
38. **OLIGOAMNIOS:** Deficiencia de líquido amniótico.
39. **PACIENTE RECEPTOR:** Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.
40. **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.
41. **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.
42. **POLIHIDRAMNIOS:** Aumento en la cantidad de líquido amniótico.
43. **PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, ya sea para casos específicos de atención ambulatoria, al ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.
44. **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.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

45. **PREMATUREZ:** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
46. **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.
47. **PROVEEDOR AFILIADO:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.
48. **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.
49. **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) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.
50. **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.
51. **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.
52. **SÍNDROME DE SHEEHAN:** Es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
53. **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.
54. **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física o jurídica que contrata el seguro por cuenta propia o ajena.
55. **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.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

**56. 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.

**57. TRATAMIENTOS MEDICAMENTE RELACIONADOS Y NECESARIOS:** Se refiere a suministros médicos, tratamientos, servicios o procedimientos que el médico del Asegurado determina necesarios para él diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión.

**58. 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.



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA IX. 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.

Una vez emitido el contrato, el Instituto entregará el carné a cada Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la emisión de la póliza.

### CLÁUSULA X. 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 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 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 de 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 de seguro, continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento y podrán incluirse hasta el día treinta y uno (31) de su nacimiento.

### CLÁUSULA XI. COBERTURAS

Esta póliza cuenta con las siguientes 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.

## **CLAUSULA XII. COBERTURAS BÁSICAS**

### **1. Cobertura de Gastos médicos**

#### **1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites**

##### **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 (achaque) 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).

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

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.
  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 del presente contrato.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **b) Trasplantes**

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. El límite del beneficio anual para esta cobertura establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente Contrato, será por concepto de gastos ambulatorios u hospitalarios e incluye todos los gastos médicos por servicios prestados al donador, aplicando el deducible y coaseguro 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. Este beneficio se limita al monto máximo estipulado por diagnóstico y curso del tratamiento.
- ii. Los órganos cubiertos para el 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 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.**

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 del presente Contrato, los gastos por prótesis y aparatos de apoyo.

- 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. Se 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.**

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 posteriormente, para las enfermedades

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

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 y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 del presente Contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 anual establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

**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 y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 del presente contrato.

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.

### **i) Deportes**

Están cubiertos bajo esta póliza los siguientes deportes ya sea que se practiquen en forma recreativa o competitiva hasta el límite máximo anual establecido en la Cláusula Cobertura de las Condiciones Particulares del presente contrato: Rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, toreo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, motocross, bicicross, cuadraciclismo, cuadracross, surfing, fútbol americano, rugby, artes marciales mixtas.

Adicionalmente, se incluyen en esta cobertura aquellos deportes que se practiquen en forma competitiva hasta el límite máximo indicado en esta cobertura. Se exceptúa de esta condición lo indicado en las Cláusulas Coberturas Básicas, inciso Gastos Médicos Sujetos a Sublímites, punto Práctica recreativa de buceo y fútbol.



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

**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 cubre hasta el monto máximo definido en las Condiciones particulares de este contrato, 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 y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

### **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 de esta póliza 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, Gastos Excluidos y Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de esta póliza.

#### **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 del presente contrato. Si a consecuencia del accidente el Asegurado requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato.

#### **b) Transporte por evacuación**

Cubre de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato y previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos, los costos por traslado en ambulancia local

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y el resto del mundo, 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.

### **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 de esta póliza 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 bajo las demás condiciones establecidas en la cláusula de Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del anexo #2 de esta póliza.
- ii. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a todo el mundo (excepto Costa Rica). Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones de esta 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 # 1, siempre y cuando el Asegurado se comunique 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**

Esta cobertura 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.

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

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

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.

### 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 del presente contrato.

### 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 cubrirán hasta **por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.**

#### 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 de acuerdo con las condiciones siguientes:

##### i. Hospitalización

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

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el Instituto o el Administrador de Servicios Médicos, con la finalidad de utilizar un

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

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

Los casos de incumplimiento con 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 para el área o país donde se efectúa el tratamiento.

### **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.

## **2. Cobertura de asistencia al viajero**

Esta póliza contiene en el Anexo # 1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte de este contrato.

## **3. Cobertura de chequeos**

### **a) Chequeo oftalmológico**

Están cubiertos una vez al año póliza, los gastos por medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares, siempre que se



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

realicen a través de la Red de Proveedores; caso contrario el Instituto no los cubrirá.

### b) Chequeo general

Para cada Asegurado se otorga un beneficio de chequeo general, a partir de la primera renovación anual del seguro. **Este beneficio se otorga únicamente previa coordinación con el Instituto y exclusivamente a través de la Red de Proveedores, caso contrario el Instituto no los cubrirá.**

## 4. Cobertura por fallecimiento

### a) Muerte

Este beneficio indemniza hasta la suma máxima establecida en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato, 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



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

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.

### **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 del presente contrato, 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 un período máximo establecido en la Cláusula, Períodos de Carencia, de las Condiciones Particulares, 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.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

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.

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 #3 de las condiciones, el cual forma parte de este contrato.

### CLÁUSULA XIII. GASTOS CUBIERTOS

Esta póliza cubre los costos razonables y acostumbrados, para el lugar o país donde se efectúe el tratamiento, ordenados por un médico y siempre que sean necesarios por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, sea como hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada.

El Instituto está en la obligación de mantener actualizados con los precios de mercado nacional e internacional los costos razonables y acostumbrados de los diferentes servicios que se ofrecen en esta póliza.

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 el apartado de Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

#### 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.

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

- 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.
- i)** Otros servicios y tratamientos médicamente relacionados y necesarios que hayan sido ordenados por el médico del Asegurado para el tratamiento de su enfermedad o condición.

### **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.
- 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)** Otros servicios y tratamientos médicamente relacionados y necesarios que hayan sido ordenados por el médico del asegurado para el tratamiento de su enfermedad o condición. Para los 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 médicamente justificada su utilización.

Los tratamientos médicamente relacionados y necesarios para efecto de este contrato deben cumplir con las siguientes condiciones:

- a. Ser aprobados y coordinados en conjunto con el Administrador de Servicios Médicos.
- b. Dichos tratamientos obedecen a una necesidad médica y son indispensables para el bienestar físico del Asegurado, por lo tanto, no obedecen a una preferencia del Asegurado, Familiar o proveedor.
- c. Los tratamientos preescritos no exceden los niveles de cuidado necesarios para la atención de la enfermedad.

### **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 y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza, 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 XIV. 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, quien evaluará la petición y resolverá de acuerdo con los parámetros que se detallan en esta cláusula.

Los recargos a aplicar son los siguientes:

#### **a. Póliza Familiar:**

Se aplicará un recargo de un 25% a la prima del grupo familiar, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina u otra latitud.

Si el Asegurado va a residir en cualquier país de Latinoamérica (excepto Argentina), no hay recargo.

#### **b. Póliza Unipersonal:**

Se aplicará un recargo del 100% a la prima, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina y otra latitud.

Si el Asegurado va a residir en cualquier país de Latinoamérica (excepto Argentina), no aplica recargo.



## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

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 XV. 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; no obstante, la cobertura de esta póliza durante dicho período, quedará sujeta al pago de la prima correspondiente.

En caso de que se otorgue una comisión de cobro a la modalidad colectiva, ésta se indicará en las Condiciones Particulares de este contrato.

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA XVI. PARTICIPACION DE UTILIDADES

Al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de este seguro por experiencia siniestral favorable, el Instituto podrá reconocer un porcentaje por participación de utilidades a los Clientes Estratégicos asegurados, que tengan suscrita la modalidad colectiva No Contributiva, mediante pago en efectivo o rebajo en las primas del siguiente período, según se indique en la Cláusula Participación de Utilidades de las Condiciones Particulares.

La participación no se otorga si el seguro se apega a la Ley de Asociaciones Cooperativas y creación del INFOCOOP No.4179.

Esta liquidación se calculará al final del año póliza respectivo, de la siguiente forma:

- a. Del total de las primas anuales ganadas y devengadas del período en estudio, se deducirán los gastos operativos, a este resultado denominado primas brutas, se restan las devoluciones sobre primas y las sumas pagadas por concepto de siniestros incurridos durante el año y los siniestros incurridos pendientes de pago, el remanente si lo hubiere, será la utilidad a repartir.

Al finalizar el año de vigencia	% de participación
1	Máximo 30 %
2	Máximo 50%
3 en adelante	Máximo 80%

- b. En el caso que no se dieran utilidades, conforme lo indicado en el inciso a) anterior, las pérdidas del período serán aplicadas a la liquidación del siguiente período y de persistir pérdida podrá el Instituto efectuar los ajustes técnicos correspondientes para garantizar suficiencia de prima por el riesgo que el negocio representa.
- c. Si existiera un reclamo pagado o una devolución de primas, que no se contempla en el cálculo del período liquidado que le corresponde, el Instituto podrá incluirlo en la liquidación del periodo siguiente.
- d. Si este beneficio de Participación de Utilidades se incluye posterior a la emisión del seguro, el mismo inicia su vigencia a partir de la siguiente renovación anual del contrato de seguro y se reconocerá al finalizar dicha renovación.

## **CLÁUSULA XVII. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA**

Esta póliza tiene vigencia anual y su renovación en cada aniversario está garantizada durante la vida del Asegurado, según lo indicado en la Cláusula Edades de Contratación y de Cobertura de las Condiciones Particulares, excepto por falta de pago de primas, por declaración falsa y/o inexacta, según se indica en la Cláusula Declaración Falsa y/o Inexacta. La renovación de la póliza estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada aniversario. La edad en cada renovación determinará el monto de la prima a pagar.

El Instituto podrá cambiar las primas de esta póliza en cada fecha de renovación anual, según se demuestre en la respectiva fundamentación actuarial.

**En caso que el Asegurado Directo o el Tomador de seguro no efectúen 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 XVIII. 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 (colectivas), 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 el período de gracia.

## **CLÁUSULA XIX. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA**

El Instituto podrá suscribir modificaciones o renunciaciones, a las condiciones de esta póliza vía Addendum. Éste no se responsabiliza por promesas y declaraciones hechas por otras personas o entes no autorizados.

El Asegurado Directo o el Tomador de seguro podrán cambiar el plan de seguro y/o la forma de pago a partir del aniversario de la póliza, previo aviso por escrito con treinta

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

(30) días naturales de antelación al Instituto y sujeto a las pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

### **CLÁUSULA XX. 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 Periodo 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 XXI. CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO**

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 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.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado Directo y/o Tomador durante los primeros 5 días de la emisión, se le devolverá el 100% de las primas que haya pagado según se ha establecido en la Cláusula de Derecho de Retracto.

1. Cuando la cancelación se produzca posterior a los primeros cinco (05) días de la misión del seguro, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en el cuadro adjunto, por 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 INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 1 mes	38%
Más de 1 mes a 2 meses	46%
Más de 2 meses a 3 meses	53%
Más de 3 meses a 4 meses	60%
Más de 4 meses a 5 meses	67%
Más de 5 meses a 6 meses	73%
Más de 6 meses a 7 meses	79%
Más de 7 meses a 8 meses	84%
Más de 8 meses a 9 meses	88%
Más de 9 meses a 10 meses	93%
Más de 10 meses a 11 meses	96%
Más de 11 meses a 12 meses	100%

La fracción de mes se calculará como mes completo.

La devolución se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

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

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

3. Si un Asegurado en la modalidad individual o colectiva, se traslada a otro seguro INS Medical, manteniendo la continuidad de su seguro, la devolución de primas de

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

la póliza anterior se deberá efectuar a prorrata y los reclamos que se hayan amparado se considerarán como gasto incurrido en el nuevo seguro, durante el primer año.

### CLÁUSULA XXII. PERÍODOS DE CARENCIA

Se establece un período de carencia que se indica en la Cláusula VI Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares, durante el cual no se podrá hacer uso del mismo, excepto en los casos de accidentes o emergencia, tal como se define en la Cláusula Términos y Definiciones de estas condiciones generales y lo indicado en los puntos 1, 2 y 3 de esta cláusula.

En atención a lo anterior, se establecen diferentes períodos de carencia para recibir los beneficios de las condiciones, tratamientos o cirugías, a partir de la inclusión del Asegurado a la póliza de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares, y que se detallan a continuación:

1. Para toda condición de maternidad o embarazo, durante el período establecido en la Cláusula Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares, los gastos incurridos no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta póliza.
2. En relación con un trasplante:
  - a) El Instituto no cubrirá el trasplante si el diagnóstico fue realizado por primera vez, durante el período de sesenta (60) días consecutivos, contados a partir de la inclusión del Asegurado a la póliza.
  - b) Durante el período establecido en las Condiciones Particulares en la Cláusula Períodos de Carencia los gastos incurridos por concepto de trasplante no serán considerados como gastos cubiertos. Se exceptúa de esta condición, el trasplante que sea necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
  - c) No se cubrirá el trasplante si la enfermedad que da origen al mismo es una condición preexistente.
3. Durante el período establecido en las Condiciones Particulares en la Cláusula Períodos de Carencia, contados a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los siguientes órganos, enfermedades o procedimientos:

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

- a) Catarata, glaucoma.
- b) Amígdalas, adenoides, cornetes, nariz, septoplastía, sinusitis y senos paranasales.
- c) Enfermedades de la tiroides.
- d) Litiasis vesicular y/o de las vías biliares.
- e) Litiasis del sistema urinario, y/ o sus complicaciones.
- f) Enfermedades de la próstata.
- g) Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios.
- h) Hemorroides y fisura anal.
- i) Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia.
- j) Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cual sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite.
- k) Asma.

No obstante, cuando los gastos incurridos se relacionan con los órganos, enfermedades o procedimientos antes citados y estos sean considerados como congénitos y/o hereditarios, o preexistentes, no serán cubiertos por este seguro.

### CLÁUSULA XXIII. RIESGOS EXCLUIDOS

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

1. Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.
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.
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

## SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el Asegurado esté participando.

### CLÁUSULA XXIV. GASTOS EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos derivados 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 d. 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 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 uso excesivo de alcohol, alcoholismo, tabaco o uso de drogas ilícitas.

**SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL  
CONDICIONES GENERALES**

12. **Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), excepto lo establecido en la cláusula 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 remplazos de piezas dentales naturales.**
18. **Gastos por consultas y/o el tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, cráneo mandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión cráneo mandibular, 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.**
20. **Consultas y/o tratamientos podiátricos.**
21. **Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.**

**SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL  
CONDICIONES GENERALES**

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. Exámenes y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consultas relacionados con ello.
26. Implantación de embriones.
27. Todo tipo de tratamiento y/o consultas 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. Tratamiento y/o pruebas de diagnóstico 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.
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.**

#### **CLÁUSULA XXV. DEDUCIBLE Y COASEGURO**

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada por concepto de coaseguro y deducible se define en la Cláusula Deducible y Coaseguro de las Condiciones Particulares del presente contrato.

#### **CLÁUSULA XXVI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO**

Este contrato contiene en el Anexo # 2 el Procedimiento de utilización del seguro y forma de liquidación y pago de beneficios, el cual forma parte del mismo.

#### **CLÁUSULA XXVII. 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:

##### **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).  
Prescripciones y recetas médicas.
- c) Resultados de los exámenes.
- d) 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".

### **CLÁUSULA XXVIII. 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 del 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.

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

## **CLÁUSULA XXIX. 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.

## **CLÁSULA XXX. 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](mailto:contactenos@ins-cr.com)

### **CLÁUSULA XXXI. 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 XXXII. 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 XXXIII. PRESCRIPCIÓN**

Los derechos derivados de esta póliza prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

### **CLÁUSULA XXXIV. 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, fax, correo electrónico o a la última recibida por el Instituto.



## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

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.

### **CLÁUSULA XXXV. 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 XXXVI. 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 XXXVII. 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.

### **CLÁUSULA XXXVIII. 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



## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES**

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 XXXIX. 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.

### **CLÁUSULA XL. 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 XLI. 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.

### **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-A01-072-V2** de fecha **16 noviembre de 2011**.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
Seguros Personales

**SOLICITUD DE SEGURO INS MEDICAL**

Regional  Internacional  Grandes Deducibles

- Póliza Individual  Póliza Colectiva  
 Asegurado Directo  Dependiente mayor de 18 años\*

No. DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

\*en caso de marcar esta opción indicar el nombre del Asegurado Dirrecto: \_\_\_\_\_

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	
	Nº Identificación		Ocupación actividad económica: _____			
	Fecha nacimiento		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: _____				Incluye al Solicitante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Edad:		Estatura: _____ mts.		Peso: _____ Kgs	
¿SOLICITA CONTINUIDAD?		SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:		SI EL SEGURO ES EXTRANJERO INDIQUE EL NOMBRE:		
<input type="checkbox"/> SI <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		FORMA DE PAGO:		VIGENCIA PRIMERA CUOTA:		
<input type="checkbox"/> 01 Mensual (colectivos)		<input type="checkbox"/> 06 Semestral <input type="checkbox"/> 03 Trimestral		DESDE: _____ HASTA: _____		
				Día / Mes / Año                      Día / Mes / Año		
<b>RECARGOS POR PAGO FRACCIONADO DE PRIMA</b>						
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.				US\$ _____		
Forma de Pago Trimestral: 7%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,07 y se divide entre 4.				US\$ _____		
Forma de Pago Semestral: 5% para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 2.				US\$ _____		
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.				
<b>NOTA:</b> Las coberturas adicionales son excluyentes.						
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"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Nombre de la compañía _____				N° de póliza _____		
¿Piensa continuar con la otra aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <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 EN CASO DE SER ASEGURADO DIRECTO	<b>Nombre Completo</b>		<b>Parentesco</b>		<b>Edad</b>	
	<b>Peso Kgs</b>		<b>Estatura mts.</b>			
Si algunos miembros de la familia no se incluyen, indique el motivo: _____.						
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?  SI  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?  SI  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?  SI  NO Si su respuesta es Sí, indique quién (es) \_\_\_\_\_ y por qué conceptos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? **SI**  **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?  **SI**  **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? **SI**  **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? **SI**  **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? **SI**  **NO**  ¿Quién (es)? \_\_\_\_\_  
Favor detallar lo preguntado \_\_\_\_\_
13. ¿Han padecido cáncer anteriormente? **SI**  **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? **SI**  **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	<b>EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE:</b> <b>Advertencia:</b> 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.  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:		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	<b>Señale el medio por el cual desea ser notificado:</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____ _____ <i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i>							
	DECLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES	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 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. 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 la póliza, 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.						
El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará 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 le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.								
<b>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.</b>  <b>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-V2 de fecha 17 de noviembre del 2011, INS Medical Internacional P16-35-A01-072-V2 de fecha 16 de noviembre del 2011 e INS Medical Grandes Deducibles P16-35-A01-092-V2 de fecha 16 de noviembre del 2011.</b>								
_____ <b>Firma y No. de identificación del Solicitante</b>		<b>LUGAR:</b> _____  <b>FECHA:</b> _____			_____ <b>Nombre Intermediario</b>  _____ <b>Firma y número de Intermediario</b>			
<b>ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS</b>								
<b>OBSERVACIONES O EXCLUSIONES</b>								
Fecha de aceptación:								
ACEPTADA:				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			
N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe	
		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
				Teléfono Celular:	
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		



# 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			
N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe	
		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
				Teléfono Celular:	
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		



# 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			
N° Identificación		Ocupación actividad económica:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe	
		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:					
Dirección Electrónica		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
				Teléfono Celular:	
Nombre del Patrono:			Teléfono del Patrono:		