

Instituto Nacional de Seguros

Seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles

**Código de producto: P16-35-A01-092
(VLRCS)**

Fecha de registro VLRCS: 16-nov-11

Oficio de solicitud de registro VLRCS: G-03759-2011



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO

Constituyen esta póliza de INS Medical Internacional Grandes Deducibles 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. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza es un seguro de gastos médicos anual renovable. Entrará en vigor a las 0:00 horas del día 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.

CLÁUSULA IV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

1. Individual
2. Colectivo:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA V. ÁMBITO DE COBERTURA

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de coberturas indicadas en las Condiciones Particulares, el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados, 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, siempre que haya superado el deducible elegido.

CLÁUSULA VI. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, hasta menos de setenta (70) años de edad no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo en la Cláusula Beneficios 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 VII. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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.
9. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado en adición al deducible, en los casos en los que aplique.
10. **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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 11. 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.
- 12. 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.
- 13. 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 25 años.
- 14. 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.
- 15. DONADOR.** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
- 16. 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.
- 17. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

18. **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.
19. **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.
20. **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).
21. **ENFERMEDAD EPIDÉMICA.** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.
22. **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.
23. **ENFERMEDADES GRAVES.** Son aquellas que, si no son tratadas en las siguientes veinticuatro (24) horas de su diagnóstico, ponen en peligro de muerte al paciente.
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 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 27. 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.
- 28. 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.
- 29. GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
- 30. GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
- 31. 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.
- 32. 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.
- 33. INFERTILIDAD.** Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad de veinticuatro (24) semanas de gestación.
- 34. 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.
- 35. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
- 36. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- h) Anticonceptivos orales.
 - i) Anticonceptivos inyectados.
- 37. OLIGOAMNIOS:** Deficiencia de líquido amniótico.
- 38. PACIENTE RECEPTOR.** Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.
- 39. 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.
- 40. 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.
- 41. POLIHIDRAMNIOS:** Aumento en la cantidad de líquido amniótico.
- 42. 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.
- 43. 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.
- 44. PREMATUREZ.** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 45. 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.
- 46. PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 47. 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.
- 48. 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.
- 49. SÍNDROME DE SHEEHAN:** Es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
- 50. 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.
- 51. TOMADOR DEL SEGURO.** Persona física o jurídica que contrata el seguro por cuenta propia o ajena.
- 52. 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.
- 53. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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

- 54. 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.

CLÁUSULA VIII. 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 IX. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA X. COBERTURAS

1. Coberturas básicas:

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 de emergencia.

CLAUSULA XI. COBERTURAS BÁSICAS

1. Cobertura de Gastos médicos.

1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y **se otorgan una vez superado el deducible elegido**, hasta los límites establecidos para cada caso y están sujetos a lo establecido en las cláusulas de Gastos Cubiertos, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos, Gastos Excluidos y Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de esta póliza.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

a) Maternidad

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

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

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

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

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 del monto asegurado para completar la suma definida en 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.

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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.

Para esta cobertura se aplicará el 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

Este seguro cubre, por año póliza hasta el sublímite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato, por el valor de las prótesis que sean requeridas para cirugía, siempre que sean quirúrgicamente necesarias y/o los aparatos de apoyo requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 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 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 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el 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.

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

Prevía 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 de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato : Rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling,



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

pesca, rapel, escalar montañas, parapente, paracaídas, 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.

Para esta cobertura se aplicará el 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 Asegurada, 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 y **se otorgan una vez superado el deducible elegido**. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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, los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y el resto del mundo, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, previa certificación médica, 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 **una vez superado el deducible elegido** 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 del presente contrato.
- 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personas
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará esta cobertura.

iv. Las coberturas que se otorgan son:

1. Evacuación y/o repatriación por razones médicas

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

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.

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. **Esta cobertura opera sin haber superado el deducible elegido.**

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

Cuando por accidente o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el Asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica, se cubrirán los gastos hasta **por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos**



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 **una vez superado el deducible** elegido, 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 hábiles 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 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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. **Esta cobertura opera sin haber superado el deducible elegido, hasta el monto asegurado de la misma; el exceso de gastos, si los hubiere, no serán cubiertos por el seguro médico si no se ha superado el deducible elegido.**

3. Cobertura de chequeos

a) Chequeo oftalmológico

Están cubiertos una vez al año póliza, **sin haber superado el deducible** 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 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. Se reconocerá hasta por el monto máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato y **sin haber superado el deducible elegido.**

4. Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona y **se otorgan sin haber superado el deducible** y están sujetos a lo dispuesto en las cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 a 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 odontológica de emergencia

Esta póliza contiene en el Anexo # 3, las condiciones de la cobertura odontológica de emergencia, la cual forma parte del mismo. **Esta cobertura se otorga sin haber superado el deducible elegido.**

CLÁUSULA XII. 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y **habiendo superado el deducible elegido**.

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Compañía de Seguros Fideicomitida
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 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.
- h) Ambulancia terrestre.

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 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 Cláusula Coberturas Básicas, punto 1.2 Gastos médicos sujetos a condiciones especiales, inciso a. Gastos ambulatorios por accidentes.

CLÁUSULA XIII. 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 cambie de país de residencia o se estableciera por un tiempo mayor de seis (6) meses en otro país, el Asegurado o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto, quien evaluará la petición y aplicará el recargo que corresponda; de lo contrario, la póliza quedará resuelta o la persona que reside fuera del país se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima que correspondiera, dentro de los treinta (30) días naturales posteriores al conocimiento de dicha situación.

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA XIV. 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.

CLÁUSULA XV. 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS *Dirección de Seguros Personales*
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 del 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 XVI. 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 ese período de gracia.

CLÁUSULA XVII. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA XVIII. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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.

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

Si el Asegurado Directo y/o el Tomador del seguro deciden no mantener este seguro, deberá dar aviso por escrito al Instituto con al menos un mes de antelación a la fecha de cancelación. En tal caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en fecha posterior señalada expresamente por el Asegurado Directo y/o Tomador del seguro. La fecha de cancelación no podrá ser anterior a la fecha en que recibe el aviso.

1. En caso de cancelación de la póliza a solicitud expresa del Asegurado Directo o del Tomador de seguro, el Instituto retendrá la prima pagada, de acuerdo con la tabla siguiente:

MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA	MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA
1	25%	6	80%
2	40%	7	85%
3	55%	8	90%
4	65%	9	95%
5	75%	10	100%

La fracción de mes se calculará como mes completo.

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

sus derechos respecto a gastos incurridos y amparados 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 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 XX. PERÍODOS DE CARENCIA

Se establece un período de carencia que se indica en la Cláusula 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, siempre y cuando se haya superado el deducible elegido.

En atención a lo anterior, se establecen diferentes períodos de carencia para recibir la cobertura de las condiciones, tratamientos o cirugías, y que se detallan a continuación, una vez que se haya superado el deducible elegido:

1. Para toda condición de maternidad o embarazo, durante el período establecido en la Cláusula Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares, contados a partir de la inclusión del Asegurado a la póliza, durante el cual 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 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:
- a) Catarata, glaucoma.
 - b) Amígdalas, adenoides, cornetes, nariz, septumplastía, sinusitis, nariz 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) Artroscopia, independientemente de cuál 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 esta póliza.

CLÁUSULA XXI. 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).



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XXII. 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 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 d. 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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.
12. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), 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.
13. Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastia; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.
14. Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.
15. 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.
16. Gastos por consultas y/o tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en el Anexo # 3 de esta póliza.
17. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS *Dirección de Seguros Personales*
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

18. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.
19. Consultas y/o tratamientos podiátricos.
20. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
21. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
22. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
23. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.
24. Exámenes y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consultas relacionados con ello.
25. Implantación de embriones.
26. Todo tipo de tratamiento y/o consultas de la disfunción eréctil.
27. Todo tipo de procedimientos o tratamientos para el cambio de sexo.
28. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas), incluyendo al virus del papiloma humano.
29. 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.
30. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
31. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
32. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

- 33. 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.**
- 34. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.**

CLÁUSULA XXIII. DEDUCIBLE MÁXIMO POR EVENTO

Cuando en un mismo evento son afectados dos (2) o más miembros de un mismo núcleo familiar, el deducible elegido por el Asegurado se aplicará una sola vez.

CLÁUSULA XXIV. 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 XXV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberán 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).
- c)** Prescripciones y recetas médicas.
- d)** Resultados de los exámenes.
- e)** El Asegurado debe firmar el formulario "Autorización para consulta de expediente".

2. Fallecimiento del Asegurado:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS División de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 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 XXVI. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto tiene derecho de hacer examinar al Asegurado Directo y/o sus dependientes cubiertos por el seguro, por los médicos designados por él, para comprobar la procedencia de cualquier 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 XXVII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

- 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 XXVIII. 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

CLÁSULA XXIX. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

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 XXX. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

1. El Asegurado oculta, informa o expone con falsedad o inexactitud hechos o circunstancias 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 cualquier 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 XXXI. 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 XXXII. COMUNICACIONES

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

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado todo cambio de dirección, de lo



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado o el 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 XXXIII. 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 XXXIV. 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 XXXV. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS División de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

CLÁUSULA XXXVII. COMPETENCIA JURISDICCIONAL

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

CLÁUSULA XXXVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

CLÁUSULA XXXIX. LEGITIMACIÓN DE CAPITAL

El Asegurado o el Tomador de seguro según corresponda se compromete con el Instituto, a través del contrato de seguros, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Información del Cliente"; así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto solicite la colaboración para tal efecto.

El Instituto se reserva el derecho de cancelar el contrato de seguro en caso que el Asegurado o el Tomador de seguro según corresponda, incumplan con esta obligación cuando se lo solicite, en cualquier momento de la vigencia del Contrato. En este caso se devolverán las primas no devengadas al Tomador de seguro o al Asegurado Directo dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de la cancelación.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales
SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XL. 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 XLI. 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-A01-092** de fecha **05 de enero del 2010**.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Dirección de Seguros Personales

FORMULARIO A
SOLICITUD DE SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL
GRANDES DEDUCIBLES PARA SOLICITANTE DIRECTO

☐ Póliza Individual ☐ Póliza Colectiva (Modalidad Contributiva) No. DE PÓLIZA: _____

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Nombre o razón social:					
Tipo de identificación:		Cédula o residencia		Estado Civil	
☐ Persona física ☐ Jurídica		☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma		☐ Permiso trabajo ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____	
N° Identificación		Ocupación actividad económica:			
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:		Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Universidad ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Postgrado universitario			
Calle:		Avenida:		Otras señas:	
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Ingreso Mensual aproximado:			
Sitio Web:		Dirección Electrónica:			
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax:	
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)	
Edad:		Estatura: mts.		Peso: Kgs	
Incluye al Solicitante:		☐ Sí ☐ No			
¿SOLICITA CONTINUIDAD?		SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:		SI EL SEGURO ES EXTRANJERO INDIQUE EL NOMBRE:	
☐ SI ☐ NO		☐ INS Medical ☐ Gastos médicos del INS ☐ Otro ¿Cuál? _____			
FORMA DE PAGO:		VIGENCIA PRIMERA CUOTA:			
☐ 12 Anual ☐ 01 Mensual (colectivos)		☐ 06 Semestral ☐ 03 Trimestral		DESDE: Día / Mes / Año HASTA: Día / Mes / Año	
RECARGOS POR PAGO FRACCIONADO DE PRIMA					
Cuando la forma de pago elegida sea diferente de un pago anual, el asegurado deberá pagar una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado de acuerdo con el porcentaje que se indica a continuación:					
Forma de Pago Mensual: 9%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,09 y se divide entre 12.				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\$	
☐ Hasta 70 años: US\$ 2.000.000 ☐ Mayor 70 años: US\$ 600.000					
Con deducible de:					
☐ US \$ 5.000 ☐ US \$ 10.000 ☐ US \$ 15.000					
¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? ☐ SI ☐ NO					
Nombre de la compañía: _____ N° de póliza: _____					
¿Piensa continuar con la otra aseguradora? ☐ SI ☐ NO					
Se asegura por: ☐ Cuenta propia ☐ A favor de un tercero					
DATOS DE LA PÓLIZA	Nombre Completo		Parentesco	Edad	Peso Kgs
					Estatura mts.
DEPENDIENTES A ASEGURAR MENORES DE 18 AÑOS	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.				
Nota: En caso de que existan solicitantes dependientes mayores de 18 años, deberán completar el formulario "Solicitud de Seguro INS Medical Regional para Solicitante Dependiente Mayor de 18 años de edad".					

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

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

En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación

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

BENEFICIARIOS	EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE: Advertencia: 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: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Otras señas:					
			Provincia:		Cantón:					
BENEFICIARIOS	Nombre:		Identificación:		Parentesco:		Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:		Dirección:		Otras señas:					
			Provincia:		Cantón:					
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado: ☐ Correo electrónico: _____ ☐ Fax: _____ ☐ 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.									
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. 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-A01-092 de fecha 05 de enero del 2010.										
_____ Firma y No. de identificación del Solicitante			LUGAR: _____ FECHA: _____			_____ Nombre Intermediario _____ Firma y número de Intermediario				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS										
OBSERVACIONES O EXCLUSIONES _____										
Fecha de aceptación: _____										
ACEPTADA:					AUTORIZADO:					

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social:																																							
Tipo de identificación:										☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo ☐ Jurídica ☐ Gobierno ☐ Institución autónoma										Estado Civil																			
N° Identificación										Ocupación actividad económica:										☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____																			
Fecha nacimiento					Día		Mes		Año		Nacionalidad:					Sexo:					☐ Femenino ☐ Masculino					Escolaridad													
Provincia:										Cantón:										Distrito:										☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario									
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										Teléfono Celular:									
Ingreso Mensual aproximado:										Sitio Web:										Dirección Electrónica																			
Nombre del Patrono:										Teléfono del Patrono:										N° de Fax:																			
Cuenta Cliente:										Banco Emisor:										Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)																			

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social:																																							
Tipo de identificación:										☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo ☐ Jurídica ☐ Gobierno ☐ Institución autónoma										Estado Civil																			
N° Identificación										Ocupación actividad económica:										☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____																			
Fecha nacimiento					Día		Mes		Año		Nacionalidad:					Sexo:					☐ Femenino ☐ Masculino					Escolaridad													
Provincia:										Cantón:										Distrito:										☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario									
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										Teléfono Celular:									
Ingreso Mensual aproximado:										Sitio Web:										Dirección Electrónica																			
Nombre del Patrono:										Teléfono del Patrono:										N° de Fax:																			
Cuenta Cliente:										Banco Emisor:										Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)																			

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales Dependientes Solicitantes

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																			
Nombre o razón social:																																							
Tipo de identificación:										☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo ☐ Jurídica ☐ Gobierno ☐ Institución autónoma										Estado Civil																			
N° Identificación										Ocupación actividad económica:										☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____																			
Fecha nacimiento					Día		Mes		Año		Nacionalidad:					Sexo:					☐ Femenino ☐ Masculino					Escolaridad													
Provincia:										Cantón:										Distrito:										☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario									
Dirección exacta:																																							
Calle:										Avenida:										Otras señas:																			
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:										Teléfono Celular:									
Ingreso Mensual aproximado:										Sitio Web:										Dirección Electrónica																			
Nombre del Patrono:										Teléfono del Patrono:										N° de Fax:																			
Cuenta Cliente:										Banco Emisor:										Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)																			

Formulario de Inclusión de Beneficiario para un seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles
Modalidad Colectiva No Contributiva

Primer Apellido:						Segundo Apellido:						Nombre Completo:												
Tipo de identificación: ☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo																		Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____						
N° Identificación									Ocupación actividad económica:															
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año						Nacionalidad:						Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino						Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario						
Provincia:						Cantón:						Distrito:												
Dirección exacta del Patrono:																								
Calle:				Avenida:				Otras señas:																
Apartado:						Teléfono Oficina:						Teléfono Domicilio:						Teléfono Celular:						
Ingreso Mensual aproximado:						Sitio Web:						Dirección Electrónica:												
Nombre del Patrono:						Teléfono del Patrono:						N° de Fax:												
Cuenta Cliente:									Banco Emisor:									Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)						
Edad:				Estatura: mts.				Peso: Kgs				Incluye al Beneficiario: ☐ Si ☐ No												
DATOS DE LA PÓLIZA	No. DE PÓLIZA				¿Esta solicitud va a sustituir otro seguro?				SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:								SI EL SEGURO ES EXTRANJERO INDIQUE EL NOMBRE:							
					☐ SI ☐ NO ☐ Nacional ☐ Extranjero				☐ INS Medical ☐ Gastos médicos del INS ☐ Otro ¿Cuál? _____															
	☐ 12 Anual				FORMA DE PAGO:				☐ 06 Semestral				☐ 03 Trimestral				DESDE: VIGENCIA PRIMERA CUOTA:							
	☐ 01 Mensual (colectivos)																HASTA:							
																	Día / Mes / Año Día / Mes / Año							
	☐ Hasta 70 años: US\$ 2,000.000 ☐ Mayor de 70 años: US\$ 600.000																							
	☐ US\$ 5.000 ☐ US\$ 10.000 ☐ US\$ 15.000																							
¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? ☐ SI ☐ NO																								
Nombre de la compañía _____ N° de póliza _____																								
¿Piensa continuar con la otra aseguradora? ☐ SI ☐ NO																								
¿Le ha sido rechazada alguna vez una solicitud de seguro de salud o de vida; o aceptada pero sujeta a exclusiones o a sobreprimas sobre las tarifas estándar del asegurador? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, adjuntar los detalles: _____																								
Se asegura por: ☐ Cuenta propia ☐ A favor de un tercero																								
DEPENDIENTES A ASEGURAR	Nombre Completo										Parentesco				Edad		Peso Kgs		Estatura mts.					
Si alguno de los miembros de la familia no se incluyen, indique el motivo: _____.																								
Para cada dependiente deberá completarse la información que se solicita en el formulario "Dependientes", 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? Si la respuesta es SI, indique quién (es) _____ y el tipo de seguro respectivo. ☐ SI ☐ NO
3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? Si su respuesta es SI, indique quién (es) _____ y por qué conceptos. ☐ SI ☐ NO
4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? Si su respuesta es SI, indique quién (es), así como su clase, cantidad y frecuencia respectivamente. ☐ SI ☐ NO
5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? ¿Quién? _____ Indique ☐ SI ☐ NO ☐ Detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____
6. ¿Fuman? ☐ SI ☐ NO ¿Quién? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria _____ Dejó de fumar? ☐ SI ☐ NO ☐ ¿Hace cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria que fumaba _____
7. ¿Han tenido síntomas o han padecido de deficiencia inmunológica? Si su respuesta es SI, indique quién (es) ☐ SI ☐ NO
8. ¿Han recibido tratamiento al respecto? Si su respuesta es SI, indique quién (es) _____ ☐ SI ☐ NO
9. ¿Les han recomendado realizarse algún examen sanguíneo para determinar deficiencia inmunológica? ☐ SI ☐ NO Si la respuesta es SI, indique quién (es) y el motivo; dar fecha, resultados, lugar donde se practicó (aron) el (los) examen (es) y su causa _____
10. ¿Se encuentra el solicitante, su cónyuge o dependiente en estado de embarazo? ☐ SI ☐ NO Si su respuesta es SI, ¿Quién? _____ Indique el número de semanas de gestación. _____
11. ¿Qué intervenciones quirúrgicas han tenido?. ¿Quién? _____ Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos. _____
12. ¿En los últimos 12 meses, han tenido algún tipo de consulta médica? ☐ SI ☐ NO ¿Quién? _____ Detalle el motivo _____ ¿Qué le indicó el médico que tenía? _____ Nombre del médico tratante _____
13. ¿En los últimos 12 meses se ha realizado algún tipo de exámenes para diagnóstico; ultrasonido, tomografía, radiografías, cateterismo cardíaco, etc, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? ☐ SI ☐ NO ¿Quién? _____ Favor detallar lo preguntado _____
14. ¿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? _____ Favor detallar lo preguntado _____
15. ¿Han padecido cáncer anteriormente? ☐ SI ☐ NO ¿Quién? _____ (dar detalles: tipo, cuándo, dónde fue atendido y si aún cuenta con algún tratamiento): _____
16. ¿Han tenido exámenes alterados en el pasado? ☐ SI ☐ NO ¿Quién? _____ (cuáles, cuándo y dónde se realizaron) _____
17. Indique si tienen médico de cabecera (nombre, dirección y teléfono) y además los centros médicos donde hayan sido atendidos? ¿Quién? _____

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

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

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 PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO	EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL BENEFICIARIO: Advertencia: 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: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:	
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:			Otras señas:				
		Provincia:		Cantón:					
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Dirección:			Otras señas:					
	Provincia:		Cantón:						
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado: Correo electrónico: _____ Fax: _____ Apartado o Dirección: _____ _____ <i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i>								
	DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO 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.									
Este documento sólo constituye un formulario 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. 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-A01-092 de fecha 05 de enero del 2010 .									
_____ Firma y No. de identificación del Beneficiario			FECHA: _____			_____ Nombre Intermediario _____ Firma y número de Intermediario			
ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS									
OBSERVACIONES O EXCLUSIONES 									
Fecha de aceptación: _____									
ACEPTADA:					AUTORIZADO:				



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

Dependientes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de identificación: ☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo		Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____			
N° Identificación		Ocupación actividad económica:			
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:				Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Universidad ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Postgrado universitario	
Calle:		Avenida:		Otras señas:	
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:		Dirección Electrónica	
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax:	
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

Dependientes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de identificación: ☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo		Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____			
N° Identificación		Ocupación actividad económica:			
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:				Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Universidad ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Postgrado universitario	
Calle:		Avenida:		Otras señas:	
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:		Dirección Electrónica	
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax:	
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

Dependientes

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de identificación: ☐ Persona física ☐ Cédula o residencia ☐ Pasaporte ☐ Permiso trabajo		Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____			
N° Identificación		Ocupación actividad económica:			
Fecha nacimiento Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Provincia:		Cantón:		Distrito:	
Dirección exacta:				Escolaridad ☐ Sin grado académico ☐ Universidad ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Postgrado universitario	
Calle:		Avenida:		Otras señas:	
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:		Dirección Electrónica	
Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		N° de Fax:	
Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)	



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Dirección de Seguros Personales

FORMULARIO C

**SOLICITUD DE SEGURO INS MEDICAL PARA SOLICITANTE
DEPENDIENTE MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD**

☐ Regional ☐ Internacional ☐ Grandes Deducibles
☐ Póliza Individual ☐ Póliza Colectiva

Nombre del Solicitante o Asegurado Directo: _____ No. DE PÓLIZA: _____

DATOS DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Nombre o razón social:					
Tipo de identificación:		☐ Persona física ☐ Jurídica		☐ Cédula o residencia ☐ Gobierno	
☐ Pasaporte ☐ Institución autónoma		☐ Permiso trabajo		Estado Civil	
Nº Identificación:		Ocupación actividad económica:		☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Célibe ☐ Otro: _____	
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año		Nacionalidad:		Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
Provincia:		Cantón:		Escolaridad	
Distrito:				☐ Sin grado académico ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐ Postgrado universitario	
Dirección exacta:					
Calle:		Avenida:		Otras señas:	
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:	
Teléfono Celular:		Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:	
Dirección Electrónica:		Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:	
Nº de Fax:		Cuenta Cliente:		Banco Emisor:	
Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)		Edad:		Estatura: mts.	
Peso: Kgs		Incluye al Solicitante:		☐ Sí ☐ No	

DATOS DE LA PÓLIZA

¿SOLICITA CONTINUIDAD?		SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:	
☐ SI ☐ NO		☐ INS Medical ☐ Gastos médicos del INS ☐ Otro ¿Cuál? _____	
SI EL SEGURO ES EXTRANJERO INDIQUE EL NOMBRE:		VIGENCIA PRIMERA CUOTA:	
DESDE:		HASTA:	
Día / Mes / Año		Día / Mes / Año	
Se asegura por: ☐ Cuenta propia ☐ A favor de un tercero			

INFORMACIÓN GENERAL DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE

1. ¿Presenta (n) algún tipo de enfermedad, tratamiento o anomalía en su salud? ☐ SI ☐ NO Si su respuesta es afirmativa, explique _____	
2. ¿Ha sido rechazado, pospuesto o no renovado algún seguro 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 el tipo de seguro respectivo _____	
3. ¿Ha recibido o está recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? ☐ SI ☐ NO Si su respuesta es Sí, indique por qué conceptos _____	
4. ¿Utiliza bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☐ Indique su clase _____ cantidad _____ y frecuencia _____	
5. ¿Usa algún tipo de droga, medicamento? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es Sí, detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____	

INFORMACIÓN GENERAL DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE

6. ¿Alguna vez ha fumado? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Si su respuesta es Sí, indique: ¿Hace cuánto tiempo? _____
Cantidad diaria: _____.

7. ¿Dejó de fumar? ☐ SÍ ☐ NO ☐ Si la respuesta es Sí, ¿Hace cuánto tiempo? _____

8. ¿Se encuentra el solicitante en estado de embarazo? ☐ SI ☐ NO Si su respuesta es Sí, indique el número de semanas de gestación.
_____.

9. ¿Qué intervenciones quirúrgicas ha tenido?. Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos.

_____.

10. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido algún tipo de consulta médica? ☐ SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es Sí, detalle el motivo

¿Qué le indicó el médico que tenía? _____ Nombre del médico tratante _____

11. ¿En los últimos 12 meses se ha 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 ☐
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 ☐ Favor detallar lo preguntando _____

13. ¿Ha padecido cáncer anteriormente? ☐ SI ☐ NO ☐ Dar detalles: tipo, cuándo, dónde fue atendido y si aún cuenta con algún tratamiento:

_____.

14. ¿Ha tenido exámenes alterados en el pasado? ☐ SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles, cuándo y dónde se realizaron?

_____.

INFORMACIÓN SOBRE SALUD DEL SOLICITANTE DEPENDIENTE DE SER NECESARIO ADJUNTAR SOLICITUD ADICIONAL

Indique si ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades. Marque con una x en cada casilla

☐ SI ☐ NO Alcoholismo	☐ SI ☐ NO Ahogos o falta de aire	☐ SI ☐ NO Fibroquistes, quistes de las glándulas mamarias
☐ SI ☐ NO Dolores de cabeza persistentes	☐ SI ☐ NO Trastornos del sistema circulatorio	☐ SI ☐ NO Infertilidad y/o esterilidad
☐ SI ☐ NO Migraña	☐ SI ☐ NO Enfermedades del corazón	☐ SI ☐ NO Enfermedades de la columna vertebral
☐ SI ☐ NO Vértigo o mareos	☐ SI ☐ NO Afecciones del corazón	☐ SI ☐ NO Hernia de la columna vertebral
☐ SI ☐ NO Convulsiones	☐ SI ☐ NO Presión arterial alta	☐ SI ☐ NO Lumbago
☐ SI ☐ NO Parálisis	☐ SI ☐ NO Fiebre reumática	☐ SI ☐ NO Minusvalía o Discapacidad
☐ SI ☐ NO Derrames cerebrales	☐ SI ☐ NO Dolores de pecho (angina)	☐ SI ☐ NO Deformidades
☐ SI ☐ NO Problemas nerviosos	☐ SI ☐ NO Arritmias Cardíacas	☐ SI ☐ NO Escoliosis
☐ SI ☐ NO Depresión o nervios	☐ SI ☐ NO Varices o úlceras varicosas	☐ SI ☐ NO Xifosis o lordosis
☐ SI ☐ NO Ansiedad	☐ SI ☐ NO Enfermedades del estómago	☐ SI ☐ NO Dolor persistente o crónico de espalda
☐ SI ☐ NO Estrés	☐ SI ☐ NO Hemorroides	☐ SI ☐ NO Ciática
☐ SI ☐ NO Enfermedades mentales de cualquier tipo	☐ SI ☐ NO Enfermedades del esófago o intestinos	☐ SI ☐ NO Reumatismo
☐ SI ☐ NO Epilepsia	☐ SI ☐ NO Piedras u otra enfermedad en la vesícula biliar	☐ SI ☐ NO Artritis
☐ SI ☐ NO Enfermedades de los ojos	☐ SI ☐ NO Colitis	☐ SI ☐ NO Gota
☐ SI ☐ NO Catarata	☐ SI ☐ NO Gastritis	☐ SI ☐ NO Inflamación de los músculos
☐ SI ☐ NO Problema de retina	☐ SI ☐ NO Úlcera gástrica o duodenal	☐ SI ☐ NO Fibromialgia
☐ SI ☐ NO Enfermedad de los oídos	☐ SI ☐ NO Hernia hiatal	☐ SI ☐ NO Osteoporosis

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ SI ☐ NO Sordera | ☐ SI ☐ NO Sangrado digestivo | ☐ SI ☐ NO Infecciones en los huesos |
| ☐ SI ☐ NO Enfermedades de la tiroides | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de riñones o vejiga | ☐ SI ☐ NO Otros tipos de hernias |
| ☐ SI ☐ NO Bocio | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de las vías urinarias | ☐ SI ☐ NO Quistes, lunares o tumores de la piel |
| ☐ SI ☐ NO Quistes, tumores de la tiroides | ☐ SI ☐ NO Infecciones urinarias | ☐ SI ☐ NO Inflamación de la piel |
| ☐ SI ☐ NO Trastornos de la voz | ☐ SI ☐ NO Albúmina | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de la piel |
| ☐ SI ☐ NO Ronquera crónica | ☐ SI ☐ NO Piedras de las vías urinarias | ☐ SI ☐ NO Cáncer o cualquier tipo de tumor |
| ☐ SI ☐ NO Tos crónica o persistente | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de transmisión sexual | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de la sangre, anemia, púrpura |
| ☐ SI ☐ NO Asma | ☐ SI ☐ NO Enfermedades del pene y los testículos | ☐ SI ☐ NO Intolerancia a la glucosa o prediabetes |
| ☐ SI ☐ NO Pleuresia o pulmonía | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de la próstata | ☐ SI ☐ NO Diabetes |
| ☐ SI ☐ NO Bronquitis crónica o enfisema | ☐ SI ☐ NO Enfermedades del recto o ano | ☐ SI ☐ NO Azúcar en la orina |
| ☐ SI ☐ NO Tuberculosis | ☐ SI ☐ NO Cólico hepático o renal | ☐ SI ☐ NO Padecimiento del sistema endocrino |
| ☐ SI ☐ NO Enfermedades de los pulmones | ☐ SI ☐ NO Enfermedades del útero | ☐ SI ☐ NO Elevación de colesterol y/o triglicéridos |
| ☐ SI ☐ NO Apnea del sueño | ☐ SI ☐ NO Enfermedades de los ovarios o trompas | ☐ SI ☐ NO Sobrepeso, obesidad |
| ☐ SI ☐ NO Padecimientos de la garganta, amígdalas y/o adenoides | ☐ SI ☐ NO Infecciones órganos genitales | ☐ SI ☐ NO Otros padecimientos o enfermedades |
| ☐ SI ☐ NO Trastornos de la nariz | ☐ SI ☐ NO Endometriosis | ☐ SI ☐ NO Infección por Virus de inmunodeficiencia humana (HIV) |
| ☐ SI ☐ NO Desviación del tabique nasal | ☐ SI ☐ NO Desórdenes menstruales | ☐ SI ☐ NO Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) |
| ☐ SI ☐ NO Crecimiento de los cornetes | ☐ SI ☐ NO Quistes de los ovarios | ☐ SI ☐ NO Estado seropositivo por HIV |
| ☐ SI ☐ NO Pólipos de la laringe o de las cuerdas vocales | ☐ SI ☐ NO Miomas, fibromas del útero | ☐ SI ☐ NO Otras inmunodeficiencias |
| ☐ SI ☐ NO Sinusitis | ☐ SI ☐ 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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un 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.

BENEFICIARIOS	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:						
		Provincia:			Cantón:		Otras señas:	
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: ☐ F ☐ M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:						
		Provincia:			Cantón:		Otras señas:	
NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado: ☐ Correo electrónico: _____ ☐ Fax: _____ ☐ 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.								
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. 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-A01-092 de fecha 05 de enero del 2010 .								
_____ Firma y No. de identificación del Solicitante			LUGAR: _____ FECHA: _____			_____ Nombre Intermediario _____ Firma y número de Intermediario		
ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS								
OBSERVACIONES O EXCLUSIONES								
Fecha de aceptación:								
ACEPTADA:					AUTORIZADO:			