

Instituto Nacional de Seguros

**SEGURO INS
MEDICAL REGIONAL**

Código de producto: P16-35-A01-113

Fecha registro: 27 de enero de 2010

Oficio solicitud registro: G-05677-2009



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO

Constituyen esta póliza de INS Medical Regional y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: 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 al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador de seguro o Asegurado podrán devolverla en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones. Si el 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 en el momento en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima estipulada.

CLÁUSULA IV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

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

CLÁUSULA V. ÁMBITO DE COBERTURA

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

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 podrá utilizar las demás coberturas de este Seguro de INS Medical.

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 de **US\$200.000** (doscientos mil dólares estadounidenses). A partir de la siguiente renovación anual y una vez se hayan alcanzado los setenta (70) años de edad, éste límite será reducido automáticamente a **US\$60.000** (sesenta mil dólares estadounidenses). En caso de que el Asegurado emita el contrato o se incluya en una póliza colectiva con setenta (70) años o más, el monto asegurado máximo por año póliza contratado es de **US\$60.000** (sesenta mil dólares estadounidenses).

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.

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. **ASEGURADO O ASEGURADOS.** Es el Asegurado Directo y sus dependientes que están cubiertos bajo esta póliza, debidamente registrados



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

en la misma. El Asegurado Directo y sus dependientes constituyen el núcleo familiar asegurado.

4. **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.
5. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado, después de aplicar el deducible correspondiente.
6. **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.
7. **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.
8. **DEDUCIBLE.** Suma fija o porcentual que debe asumir el Asegurado antes de la aplicación del coaseguro, que se establece en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de esta póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes.
9. **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 del Asegurado Directo siempre que sean solteros y que residan con el Asegurado Directo en el mismo domicilio, que sean dependientes económicamente y estudiantes.
10. **DEPORTE.** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto que, con fines competitivos se sujeten a las reglas que regulan la práctica de cada disciplina deportiva.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

11. **DONADOR.** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
12. **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.
13. **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 meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
 - b) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis meses exactos, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
14. **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.
15. **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 prematurez.
16. **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).
17. **ENFERMEDAD EPIDÉMICA.** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.
18. **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.
19. **EMBARAZO MOLAR.** Estado anormal del embarazo que produce el crecimiento deforme de la placenta, la cual se convierte en una masa llena de quistes o bolsas de agua. El embrión no se forma o se forma mal y no puede sobrevivir.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

20. **EMERGENCIA.** Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (24) horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.
21. **ESTERILIDAD.** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
22. **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.
23. **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.
24. **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.
25. **GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
26. **GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
27. **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.
28. **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.
29. **INFERTILIDAD.** Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad de veinticuatro (24) semanas de gestación.
30. **LICENCIA HABILITANTE:** Documento formal otorgado por el Estado de Costa Rica que faculta a una persona para conducir el vehículo involucrado

St



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

en el accidente y ésta no se encuentre suspendida al momento del accidente.

31. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.

32. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO QUIRÚRGICOS. Son los siguientes:

- a. Método del moco cervical.
- b. Condón masculino.
- c. Condón femenino.
- d. Diafragma.
- e. Espermaticidas.
- f. Esponjas vaginales.
- g. Dispositivos intrauterinos.
- h. Anticonceptivos orales.
- i. Anticonceptivos inyectados.

33. PACIENTE RECEPTOR. Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.

34. 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.

35. 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.

36. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA. Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, previo al ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.

37. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 38. PREMATUREZ.** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 39. PRIMA.** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto como contraprestación al amparo que éste otorga mediante el contrato de seguro.
- 40. PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.
- 41. 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.
- 42. SÍNDROME DE HELL.** 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.
- 43. 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.
- 44. TOMADOR DEL SEGURO.** Persona física o jurídica que contrata el seguro por cuenta propia o ajena.
- 45. 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.
- 46. 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).

- b. No estar aprobado o reconocido por la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés) para la enfermedad en cuestión.
- c. Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
- d. No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el Asegurado o no estar generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos, AMA (Asociación Médica Americana).
- e. Estar descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en un documento de consentimiento, descargo o autorización firmado por el Asegurado o alguna persona actuando en nombre de él.

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

- 47. 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.

56



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

ASEGURADO	EDAD CONTRATACIÓN	EDAD COBERTURA
Asegurado directo	18 a 70 años	Sin límite
Cónyuge	18 a 70 años	Sin límite
Hijos no nacidos en el seguro	31 días de nacido a 24 años	Hasta los 25 años
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Hasta los 25 años

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 la continuidad de su seguro con los mismos beneficios. Para otorgar dicho beneficio, el hijo debe haber estado asegurado como dependiente en forma ininterrumpida por un período de dos (2) años antes de pasar a ser Asegurado Directo y debe presentar la solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura y pagando la prima correspondiente al rango de edad.

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

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

CLÁUSULA X. COBERTURAS

Este seguro cuenta con coberturas básicas y con coberturas adicionales:

1. Coberturas básicas:

- a. Cobertura de gastos médicos.
- b. Cobertura de asistencia al viajero.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- c. Cobertura de Chequeos.
- d. Cobertura por fallecimiento.

2. Coberturas Adicionales:

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

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

La cobertura adicional elegida por el Asegurado o el Tomador de seguro se anotará en las Condiciones Particulares de esta póliza y será parte integrante de este seguro.

CLAUSULA XI. COBERTURAS BÁSICAS

1. Cobertura de Gastos médicos.

1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites

a. Maternidad

Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas, cubriéndoles los gastos pre y post-natales, aborto y/o amenaza de aborto y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta los límites especificados en los incisos i, ii y iii siguientes y de acuerdo con lo indicado en la cláusula de Gastos cubiertos.

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

- i. Gastos prenatales y postnatales, parto normal o aborto (monto máximo por embarazo) **US\$2.500**. Además, se incluyen en esta suma asegurada, las siguientes complicaciones postparto:
 - 1) Hemorragia uterina postparto.
 - 2) Desgarros de la vagina, la piel (perine), recto.
 - 3) Infección de la vulva y/o vagina.
 - 4) Endometritis (fiebre puerperal).
 - 5) Infección de la herida (del piquete).
 - 6) Mastitis (inflamación de la mama).
 - 7) Absceso mamario.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 8) Tromboflebitis (inflamación de las venas).
- 9) Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
- 10) Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
- 11) Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
- 12) Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).

- ii. Complicaciones durante el embarazo (monto máximo por embarazo) **US\$1.000**. Esta suma asegurada es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de esta cobertura.

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

- 1) Amenaza de aborto.
- 2) Hiperemesis gravídica (achaque) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
- 3) Óbito fetal (muerte fetal).
- 4) Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas.
- 5) Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
- 6) Embarazo extrauterino (fuera del útero).
- 7) Eclampsia.
- 8) Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
- 9) Placenta previa.
- 10) Embarazo molar.
- 11) Ruptura uterina.
- 12) Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
- 13) Diabetes inducida por el embarazo.

- iii. Cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto máximo por embarazo) **US\$3.000**. Se incluyen en esta suma asegurada, las siguientes complicaciones postparto:

- 1) Hemorragia uterina postparto.
- 2) Endometritis (fiebre puerperal).
- 3) Infección de la herida (de la cesárea).
- 4) Mastitis (inflamación de la mama).
- 5) Absceso mamario.
- 6) Tromboflebitis (inflamación de las venas).

GH



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 7) Atonía del útero (hemorragia uterina después del parto).
- 8) Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
- 9) Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
- 10) Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

b. Trasplantes

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. El límite del beneficio para esta cobertura es de **US\$100.000,00** anuales, por gastos ambulatorios u hospitalarios e incluye todos los gastos médicos por servicios prestados al donador, aplicando el deducible y coaseguro correspondientes. Para los Asegurados con edades de setenta (70) años o más, el límite del beneficio para esta cobertura es de **US\$60.000** anuales. Este beneficio se limita al monto máximo estipulado por diagnóstico y curso del tratamiento.
- ii. Los órganos cubiertos para el beneficio del trasplante son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado.
- iii. En adición a lo indicado en las Cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza, para esta cobertura no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:
 - 1) Como resultado de o relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto.
 - 2) Las consideradas como experimentales o investigativas.
 - 3) Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o sean artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.
 - 4) Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

c. Prótesis quirúrgicas

Este seguro cubre, por año póliza, hasta **US\$5.000,00** del valor de las prótesis que sean requeridas para cirugía, siempre que sean quirúrgicamente necesarias. No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

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. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados hasta un límite de **US\$25.000,00** anuales.

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 y se incluya posterior, para las enfermedades congénitas, deberá presentar la solicitud de seguro y continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento **y se aplicará la Cláusula de Gastos Excluidos, inciso 6 de esta póliza.**

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

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. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta un límite de **US\$100.000,00** anuales.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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 el límite de **US\$5.000,00** anuales.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

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 el límite máximo de **US\$10.000,00** anuales por cada uno.

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

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

h. Ambulancia aérea hasta US\$20.000,00 por año póliza

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.

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.

1.2. Gastos médicos sujetos a condiciones especiales:

Los gastos serán otorgados como parte del Beneficio Máximo Anual por Persona, según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de esta póliza y hasta los límites establecidos para



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

cada caso. Adicionalmente están sujetos a lo dispuesto en las Cláusulas de Gastos Cubiertos, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos, Gastos Excluidos y Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de esta póliza.

a. Gastos ambulatorios por accidentes

Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro. 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 el cien por ciento (100%) de los costos razonables y acostumbrados, por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y Centro América, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, 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 según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona 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 Coberturas.
- ii. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a Centro América (excepto Costa Rica). Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones, inciso 20 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 N° 1, siempre y cuando el Asegurado se comunique con el Administrador de Servicios Médicos



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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 un límite de **US\$2.500,00** por todo concepto.

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

Cuando por accidente o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el Asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica, se cubrirán hasta **US\$75,00** diarios, con un máximo de diez (10) días, es decir, **US\$750,00**.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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 y serán cubiertos de acuerdo con las condiciones siguientes:

i. Hospitalización

- 1) Los casos de hospitalización que no sean considerados como emergencias deberán ser previamente comunicados al Instituto con una anticipación de cinco (5) días 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 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 en Costa Rica y Centro América.

ii. Atención Ambulatoria

- 1) Los casos de atención ambulatoria bajo el sistema de la Red de Proveedores, deberán ser coordinados y autorizados por el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, debiendo estar aprobados con anticipación.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 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 No. 1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte del mismo.

3. Cobertura de chequeos

a. Chequeo oftalmológico

Están cubiertos una vez al año, los gastos por medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular, al cien por ciento (100%), 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 un máximo de **US\$150,00** anual por Asegurado.

4. Cobertura por fallecimiento

a. Muerte

Este beneficio indemniza la suma de **US\$2.500,00** por 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.

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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 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.

b. Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta el límite de **US\$2.500,00**, 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 de doce (12) meses de seguro, 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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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.

CLÁUSULA XII. GASTOS CUBIERTOS

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

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 este seguro.

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 la Cláusula de Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

1. Gastos hospitalarios:

- a. Habitación individual, normal o bipersonal.
- b. Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c. Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados.
- d. Medicamentos.
- e. Electrocardiograma, metabolismo basal u otro examen o estudio especializado requerido.
- f. Tratamiento de fisioterapia 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

2. Gastos ambulatorios (sin hospitalización):

- a. Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b. Medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas y otras pruebas o exámenes especiales que el médico considere necesarios.
- c. Cirugías ambulatorias.
- d. Alquiler de equipo.
- e. Uso de sala de operaciones.
- f. Tratamiento de fisioterapia 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 deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios, excepto que se trate de un accidente cubierto por esta póliza, según lo indicado en el punto a. Gastos ambulatorios por accidentes de los gastos médicos sujetos a condiciones especiales.

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 posterior al conocimiento de dicha situación.

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL 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 el cuadro adjunto y en el formulario Solicitud de Seguro.

Forma de Pago	Porcentaje de Recargo	Forma de Cálculo de la prima
Mensual	9%	Prima anual *1.09/12
Trimestral	7%	Prima anual *1.07/4
Semestral	5%	Prima anual *1.05/2
Anual	No incluye recargo	

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA 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 cobertura, excepto por falta de pago de primas, por declaración falsa y/o inexacta, según se indica en la Cláusula Declaración Falsa y/o Inexacta. La renovación de la póliza estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada aniversario. La edad en cada renovación determinará el monto de la prima a pagar.

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

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

CLÁUSULA XVI. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará el siguiente período de gracia para el pago de la prima, de acuerdo con la forma de pago escogida por el Asegurado Directo o el Tomador de seguro:

Mensual:	no tiene período de gracia
Trimestral:	5 días hábiles
Semestral:	10 días hábiles
Anual:	20 días hábiles

Vencido dicho plazo sin que se haya pagado la prima respectiva, la póliza quedará resuelta en forma automática, a menos que el Instituto haya otorgado al Asegurado Directo o al Tomador de seguro un plazo adicional, en cuyo caso la resolución automática se producirá vencido dicho plazo, sin que el Asegurado Directo o el Tomador de seguro haya abonado la prima respectiva.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

El Asegurado Directo o el Tomador de seguro deberá solicitar el plazo adicional por lo menos quince (15) días naturales antes del día de vencimiento de la póliza.

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 y sujeto Instituto a pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

CLÁUSULA XVIII. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

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

1. No se pague la prima correspondiente.
2. Se compruebe que el Asegurado, actuando de mala fe, ha declarado el riesgo de forma falsa o inexacta, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo la póliza no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones.
3. Se compruebe el uso indebido de la tarjeta de identificación.

Si el Instituto decide no mantener este seguro por razones de orden comercial o por un interés propio, podrá cancelarlo a la siguiente renovación del mismo notificando por escrito al Asegurado con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de dicha renovación.

Si la decisión de cancelar la póliza obedece a cambios en las condiciones de aseguramiento por agravación del riesgo podrá cancelarlo siempre que lo comunique al Asegurado con al menos quince (15) días naturales de anticipación con respecto a la fecha en que entrará en vigencia tal condición.

Para lo indicado en los dos párrafos anteriores, cuando durante el período de vigencia se hayan pagado reclamos, el Instituto dará por totalmente



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

devengadas las primas. De no existir siniestros, la devolución se realizará conforme la tabla indicada en el punto 1. de la Cláusula de Cancelación del Contrato por parte del Asegurado o Tomador del seguro. Además de las consecuencias que se generen respecto a la amparabilidad del reclamo específico, las obligaciones del Instituto cesarán a partir del momento en que se notifique al Asegurado, por lo que no se cubrirán nuevos reclamos.

En todos los casos el Asegurado mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior a la fecha de cancelación.

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

Si el Asegurado decide no mantener este seguro, deberá dar aviso por escrito al Instituto. 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. 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 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 se retendrá el cien por ciento (100%) de la prima pagada. El Asegurado mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior de la fecha de cancelación.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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 de vigencia de la póliza a la cual se traslada.

CLÁUSULA XX. PERÍODOS DE CARENCIA

Se establece un período de carencia de treinta (30) días naturales en Costa Rica y Centro América posteriores a la inclusión del Asegurado en la póliza, durante los cuales no se podrá hacer uso del mismo.

En atención a lo anterior, se establecen diferentes períodos de carencia para recibir los beneficios de las condiciones, tratamientos o cirugías, que se detallan a continuación:

1. Para toda condición de maternidad o embarazo, el período de carencia es de diez (10) meses consecutivos, contados a partir de la entrada en vigencia de 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 entrada en vigencia del contrato.
 - b. El período de carencia es de veinticuatro (24) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la póliza, durante el cual los gastos incurridos por concepto de trasplante, no serán considerados como gastos cubiertos. Se exceptúa de esta condición, el trasplante que sea necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
 - c. No se cubrirá el trasplante si la enfermedad que da origen al mismo es una condición preexistente.
3. Un período de carencia de diez (10) meses consecutivos contados a partir de la entrada en vigencia del contrato, en relación con tratamiento, servicios, cirugía o suministros proporcionados que se relacionen con los siguientes órganos, enfermedades o procedimientos:
 - a. Catarata, glaucoma.
 - b. Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, corneteś, septumplastía, sinusitis.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 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.
- j. Artroscopia, independientemente de cuál sea el padecimiento que la amerite.
- k. Asma.

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

CLÁUSULA XXI. RIESGOS EXCLUIDOS

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados por 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.
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. Deportes profesionales y deportes de alto riesgo que se practiquen en forma profesional y/o remunerada como por ejemplo, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, toreo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, pero no limitados exclusivamente a los citados en este epígrafe.

7. 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 y/o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades Congénitas del recién nacido.
3. Controles médicos, excepto lo indicado en la Cobertura de Chequeos.
4. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.
5. Tratamientos experimentales.
6. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o hereditarios diagnosticados antes de la inclusión en la póliza, a excepción de lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades congénitas del recién nacido.
7. Trastornos, enfermedades o deficiencias mentales y/o 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, así como las enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.
9. Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 10. Tratamientos 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, 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 de independientemente del uso que determine el médico.**
- 13. Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastía; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.**
- 14. Alopecia (caída del cabello).**
- 15. Tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
- 16. Gastos por tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
- 17. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades congénitas del recién nacido.**
- 18. Tratamiento quiropráctico de todo tipo.**
- 19. Tratamientos podiátricos.**
- 20. Tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.**



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 21. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
- 22. Tratamiento del síndrome pre-menopáusico.**
- 23. Tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo ostopenia y osteoporosis.**
- 24. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello.**
- 25. Implantación de embriones.**
- 26. Todo tipo de tratamiento de la disfunción eréctil.**
- 27. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.**
- 28. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas), incluyendo al virus del papiloma humano.**
- 29. Tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.**
- 30. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.**
- 31. Tratamientos realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.**
- 32. 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.**
- 33. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.**



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁSULA XXIII. LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos bajo la presente póliza serán pagados directamente a la Red de Proveedores, a excepción de los siguientes casos, los cuales serán pagados por reembolso a los costos razonables y acostumbrados en Costa Rica y Centro América:

1. Cuando el Asegurado requiera servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa).
2. Cuando el Asegurado requiera los servicios de hospitalización y no haya utilizado la Red de Proveedores.
3. Cuando el Asegurado ha efectuado el pago de los servicios directamente.
4. Cuando el Asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por el Instituto. A pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red.

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

a. Hospitalización dentro de la red de proveedores

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización en Costa Rica y Centro América, siempre que ésta se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y se coordine con el Administrador de Servicios Médicos.

La liquidación de gastos para cada hospitalización será: a los primeros US\$ 5.000,00 se reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos razonables y el exceso de esos US\$5.000 se cubrirá en un cien por ciento (100%). Se aplicará el deducible correspondiente al costo del primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos). Este deducible aplica para cada hospitalización.

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

b. Hospitalización fuera de la red de proveedores

En el caso de que el Asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y no haya hecho la coordinación con el Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en Costa



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

Rica o Centro América y decida pagar sus gastos directamente, el Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000,00 de los costos razonables al ochenta por ciento (80%) y el exceso de esos US\$20.000.00 será cubierto al cien por ciento (100%), de acuerdo con lo razonable y acostumbrado, aplicando un deducible correspondiente al costo del primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos), con un mínimo de US\$200,00.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos a US\$ 300.00 y en el cuarto normal a US\$150,00.

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

c. Tratamientos ambulatorios dentro de la red de proveedores

Cuando el Asegurado sea tratado en forma ambulatoria en Costa Rica y en cualquier otro país de Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 10,00 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos razonables y acostumbrados.

Las atenciones fuera de Costa Rica recibidas por medio de la Red de Proveedores deberán ser coordinadas y autorizadas por el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos con anticipación, debiendo el Asegurado asumir el deducible y coaseguro estipulado.

d. Tratamientos ambulatorios fuera de la red de proveedores

En los casos en que el Asegurado no haga uso de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores en Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$20,00 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXIV. DEDUCIBLE Y COASEGURO

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada por concepto de coaseguro y deducible es de US\$ 5.000,00.

CLÁUSULA XXV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Este contrato contiene en el Anexo N° 2 el Procedimiento de utilización del seguro, el cual forma parte del mismo.

CLÁUSULA XXVI. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

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

1. Gastos Médicos:

- a. El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b. Facturas originales (las fotocopias no se consideran documentación válida).
- c. Prescripciones y recetas médicas.
- d. Resultados de los exámenes.
- e. El Asegurado debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde él ha sido atendido.

2. Fallecimiento del Asegurado:

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- f. El beneficiario debe firmar la boleta de autorización para consulta de expedientes donde el Asegurado ha sido atendido.

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas, distintos al español e inglés, el Asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo.

CLÁUSULA XXVII. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

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

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

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

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

CLÁUSULA XXVIII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

analizar los costos indemnizados y determinar si corresponden al costo razonable y acostumbrado del mercado.

CLÁUSULA XXIX. 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.

CLÁUSULA XXX. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

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

CLÁUSULA XXXI. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

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

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

CLÁUSULA XXXII. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

Corresponde a la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

CLÁUSULA XXXIV. COMUNICACIONES

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

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

CLÁUSULA XXXV. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos frente a terceros respecto a la cuantía de la indemnización que reciba y responderá de todo acto que perjudique la referida cesión. En este sentido, el Asegurado se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

CLÁUSULA XXXVI. OTROS SEGUROS

En caso de que el Asegurado Directo y/o sus dependientes asegurados gozaran de otro u otros seguros de otras compañías de seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por el Instituto, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto, para lo cual el Instituto coordinará los pagos con las otras compañías.

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte, en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

CLÁUSULA XXXVII. TIPO DE CAMBIO

Si el pago de la prima se realiza en una moneda diferente a la que fue adquirida la póliza, el Tomador del seguro o el Asegurado podrán pagar según



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

el tipo de cambio vigente del día de pago, en el Banco o institución en que lo realice. Cuando el pago no se haga en una institución financiera se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica para el día de pago.

CLÁUSULA XXXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley de Seguros N° 11 del 02 de octubre de 1922 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio.

CLÁUSULA XXXIX. 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 XL. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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 dentro del plazo de treinta (30) días naturales a partir de la cancelación.

CLÁUSULA XLI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha_____.

SD



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

1. Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.

2. Enfermedad Preexistente

Es toda aquella enfermedad, accidente o lesión congénita, que el Asegurado haya adquirido previo a la fecha de su inclusión en esta póliza, y la cual haya sido diagnosticada por un médico, o haya sido aparente a la vista, o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.

3. Diálisis Renal

Es un proceso artificial que filtra la sangre y que sustituye a los riñones transitoriamente, cuando están deteriorados.

CLÁUSULA II. PERSONAS ASEGURADAS

Se podrán incluir en esta cobertura los asegurados de una póliza INS Medical Regional.

CLÁUSULA III. COBERTURA

La presente cobertura está limitada a cubrir única y exclusivamente las enfermedades, cirugías y/o diagnósticos indicados más abajo, de acuerdo con las condiciones especificadas para cada caso.

El Instituto cubrirá los servicios médicos con base en los gastos razonables y acostumbrados del país en el que se incurran.

Queda entendido y convenido que la presente cobertura no cubre ningún tratamiento o gasto en relación o como resultado de enfermedades, cirugías o diagnósticos que no sean tratamientos o cirugías por cáncer, cirugía cardíaca, neurocirugía, trasplante de órganos, diálisis, quemaduras de tercer grado y politraumatismos, tal como se define en esta cobertura,



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

aún cuando esta enfermedad o condición no cubierta haya sido causada, agravada, complicada o afectada por tratamientos proporcionados en relación con un caso amparado por esta cobertura.

1. ENFERMEDADES

a. Tratamiento y cirugía por Cáncer incluyendo quimioterapia, radioterapia, y cobaltoterapia

Están cubiertos los gastos ambulatorios y hospitalarios por los tratamientos y/o cirugías por cáncer, siempre que éstos sean sustentados con el correspondiente examen de anatomía patológica.

Se entiende como tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia, al servicio de las unidades especializadas de oncología clínica con fármacos anticancerosos y máquinas de radiaciones ionizantes o acelerador lineal, diseñadas especialmente para el tratamiento de tumores localizados, de acuerdo a protocolos internacionalmente aprobados.

b. Cirugía cardíaca incluyendo angioplastia

Están cubiertas las operaciones quirúrgicas del aparato cardiovascular que incluyen las operaciones del corazón y sus válvulas, las arterias coronarias y los grandes vasos emergentes del corazón.

No se cubren las operaciones de várices o del sistema vascular periférico.

c. Cirugía del sistema nervioso central o neurocirugía

Cubre las intervenciones quirúrgicas del sistema nervioso central y/o periférico, incluyendo el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

d. Trasplantes

Cubre el tratamiento quirúrgico de asegurados con daños irreversibles en uno o más órganos cubiertos susceptibles de reemplazarse por el trasplante de órganos sanos extraídos a donantes vivos o muertos, incluyendo los gastos médicos y hospitalarios ocasionados por el donante, excluyéndose los gastos por exámenes o evaluaciones de posibles donantes así como por la compra de órganos.

54



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta cobertura son:

- i. Riñones
- ii. Corazón
- iii. Hígado
- iv. Pulmones
- v. Páncreas
- vi. Córnea
- vii. Médula Ósea

e. Diálisis por insuficiencia renal

Cubre el deterioro progresivo o agudo, sea o no irreversible, de la función renal que requiera un tratamiento de diálisis.

2. ACCIDENTES

a. Quemaduras de tercer grado (Gran quemado)

Cubre los casos de quemaduras que afecten o comprometan un mínimo del treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, que además éstas sean de tercer grado y que para su tratamiento se requiera un mínimo de diez (10) días de hospitalización.

b. Politraumatismos o trauma mayor

Cubre los casos de trauma severo con compromiso de dos o más sistemas orgánicos, que ocasione situación crítica del Asegurado y que para su tratamiento requiera un mínimo de diez (10) días de hospitalización.

CLÁUSULA IV. GASTOS CUBIERTOS

Esta cobertura ampara todos los gastos razonables y acostumbrados para el lugar o país donde se efectúen, siempre que sean necesarios para una cirugía, enfermedad o accidente cubierto, hasta el límite del Beneficio Máximo Asegurado en esta cobertura.

El Asegurado podrá atenderse en Costa Rica, Centro América y demás países del mundo.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

1. **Gastos razonables cubiertos con hospitalización:**
 - a. Habitación individual normal o bipersonal.
 - b. Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
 - c. Medicinas, oxígeno, anestésicos y otros materiales necesarios.
 - d. Resonancia magnética, tomografía, ecografía, electroencefalograma, electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.
 - e. Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o anestesista.
 - f. Diálisis.
 - g. Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.
2. **Gastos razonables cubiertos sin hospitalización (ambulatorio)**
 - a. Honorarios médicos por tratamiento en consultorio o domicilio.
 - b. Medicinas, resonancia magnética, tomografía, ecografía o análisis clínicos, radiografías, electroencefalograma, electrocardiograma y otras pruebas o exámenes especiales que su médico considere necesario.

Los gastos ambulatorios se otorgarán únicamente para el tratamiento de diálisis.

También serán cubiertos en todos los casos indicados en el Cláusula Enfermedades y Accidentes Asegurados de esta cobertura, los gastos efectuados durante los treinta (30) días anteriores y posteriores a las cirugías u hospitalizaciones amparadas por esta cobertura.

CLÁUSULA V. LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

Los beneficios cubiertos bajo la presente póliza serán pagados directamente a la Red de Proveedores, a excepción de los siguientes casos, los cuales serán pagados por reembolso:

1. Cuando el Asegurado requiera servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa).
2. Cuando el Asegurado requiera los servicios de hospitalización y no haya utilizado la Red de Proveedores.
3. Cuando el Asegurado ha efectuado el pago de los servicios directamente.
4. Cuando el Asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por el Instituto. A pesar de utilizar los servicios de la Red.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

de Proveedores, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red.

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

1. Hospitalización dentro de la Red de Proveedores

a. Costa Rica y Centro América:

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización en Costa Rica y Centro América, siempre que ésta se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y se coordine con el Administrador de Servicios Médicos.

La liquidación de gastos para cada hospitalización será: a los primeros US\$ 5.000,00 se reconocerá el noventa por ciento (90%) de los gastos razonables y el exceso de esos US\$5.000 se cubrirá en un cien por ciento (100%).

Se aplicará el deducible correspondiente al costo del primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos). Este deducible aplica para cada hospitalización.

b. Resto del mundo:

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización en el resto del mundo, siempre que la hospitalización se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y coordinado con el Administrador de Servicios Médicos. En estos casos, para cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000,00 se reconocerá el ochenta por ciento (80%) de los gastos y en exceso de los US\$20.000,00 se cubrirá en un cien por ciento (100%).

Se aplicará un deducible correspondiente al valor del primer día la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos). Este deducible aplica para cada hospitalización.

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

2. Hospitalización fuera de la Red de Proveedores

a. Costa Rica y Centro América:



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

En el caso de que el Asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y no haya hecho la coordinación con el Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en Costa Rica o Centro América y decida pagar sus gastos directamente, el Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000,00 de los gastos razonables al ochenta por ciento (80%) y el exceso de esos US\$20.000,00 será cubierto al cien por ciento (100%), de acuerdo con lo razonable y acostumbrado, aplicando un deducible del costo del primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos), con un mínimo de US\$200,00.

Se limita el beneficio para cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos a US\$ 300,00 y en el cuarto normal a US\$150,00.

b. Resto del mundo:

En el caso de que el Asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y del Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en el resto del mundo, decidiendo pagar sus gastos directamente:

El Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización del setenta por ciento (70%) sobre los primeros US\$20.000,00 de gastos razonables y acostumbrados y el exceso de esos \$20.000,00 se reembolsará a un cien por ciento (100%), aplicando un deducible del costo de un día de tarifa de habitación, con un mínimo de US\$1.000,00.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos a US\$ 1.000,00 y en el cuarto normal a US\$ 500,00.

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

3. Tratamientos ambulatorios dentro de la Red de Proveedores

a. Costa Rica y Centro América:

Cuando el Asegurado sea tratado en forma ambulatoria en Costa Rica y en cualquier otro país de Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

a. Por cada visita médica se aplicará US\$ 10,00 de deducible.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

- b. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reconocerá el noventa por ciento (90%) de los gastos razonables y acostumbrados.

b. Resto del mundo:

Cuando el Asegurado sea tratado en forma ambulatoria en otro país del mundo, que no sea Costa Rica o Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- a. Por cada visita médica se aplicará US\$ 20,00 de deducible.
- b. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reconocerá el noventa por ciento (90%) de los gastos razonables y acostumbrados.

Las atenciones bajo el sistema de la Red de Proveedores deberán ser coordinadas y autorizadas por el Instituto y el Administrador de Servicios Médicos con anticipación, debiendo el Asegurado asumir el deducible y coaseguro estipulado.

4. Tratamientos ambulatorios fuera de la Red de Proveedores

a. Costa Rica y Centro América:

En los casos en que el Asegurado no haga uso de una clínica afiliada a la Red de Proveedores en Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- a. Por cada visita médica se aplicará US\$20,00 de deducible
- b. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los gastos razonables y acostumbrados.

b. Resto del mundo:

En los casos en que el Asegurado no haga uso de una clínica afiliada a la Red de Proveedores fuera de Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- a. Por cada visita médica se aplicará US\$30,00 de deducible



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

- b. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los gastos razonables y acostumbrados.

CLÁUSULA VI. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

La suma de todos los gastos razonables pagados por el Instituto anualmente a cada persona asegurada, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo de US\$ 200.000 (doscientos mil dólares estadounidenses). A partir de los setenta (70) años de edad, este límite será reducido automáticamente a US\$ 60.000 (sesenta mil dólares estadounidenses) o al saldo del Beneficio Máximo si éste fuera menor a esa fecha. En caso de que el Asegurado emita el contrato o se incluya en una póliza colectiva con setenta (70) años o más, el monto asegurado máximo por año póliza contratado es de US\$60.000 (sesenta mil dólares estadounidenses).

CLÁUSULA VII. GASTOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES

Adicionalmente a las condiciones especificadas en las Cláusulas Enfermedades y Accidentes Asegurados y Gastos Cubiertos de esta cobertura, este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

1. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o pre-existentes al inicio de este seguro; tal como se define en la Cláusula de Términos y Definiciones de esta cobertura, así como cualquier tratamiento, enfermedad, cirugía o lesiones que no se encuentran especificados en el Cláusula de Enfermedades y Accidentes Asegurados de esta cobertura.
2. Adicionalmente a las exclusiones generales indicadas en esta Cláusula, quedan excluidos además los siguientes trasplantes:
 - a. Trasplante realizado durante el período de espera de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de inicio de esta cobertura.
 - b. Trasplante que no sea de los órganos cubiertos por esta cobertura o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto, así como los considerados como experimentales o de investigación o cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donante es de especie animal.
3. Prótesis no quirúrgicas, equipos o aparatos ortopédicos, mecánicos o electrónicos, cuidados de enfermeras particulares o tratamientos experimentales, así como gastos de transporte o alojamiento.

\$



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

CLÁUSULA VIII. COBERTURA DE GASTOS EN EL EXTRANJERO

El Asegurado declara conocer que es política del Instituto pagar directamente al prestador del servicio, por lo cual los gastos producidos por atenciones médicas en el extranjero, serán cubiertos de acuerdo con las condiciones siguientes:

1. Los casos de hospitalización por alguna de las enfermedades o accidentes cubiertos por esta cobertura, deberán ser previamente comunicados al INSTITUTO con una anticipación de cuarenta y ocho (48) horas si el Asegurado se encuentra en Costa Rica, o dentro del mismo plazo a nuestro representante en el extranjero si se encuentra fuera del país.

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el Instituto, y/o con su representante en el extranjero, con la finalidad de utilizar un hospital o clínica que pertenezca a la red de proveedores y sea el más conveniente en sus gastos, siempre que otorgue las mismas garantías y calidad en el servicio médico.

2. En caso de hospitalización de emergencia cubierta por esta cobertura, se deberá dar aviso al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas a la admisión.
3. Los casos de atención ambulatoria serán pagados directamente al prestador del servicio o como reembolso, de acuerdo con las Condiciones Generales de la póliza, siempre que éstos últimos hayan sido autorizados por escrito por el Instituto o al Administrador de Servicios Médicos.

En caso de no producirse el aviso al Instituto dentro de los plazos indicados en los numerales 1 y 2 de esta cláusula, para los efectos de la liquidación del reclamo, el Instituto se basará en los gastos razonables y acostumbrados para el área o país donde se efectúa el tratamiento, ya sea Centro América o demás países del mundo.

La política del Instituto es pagar directamente a médicos y hospitales por servicios prestados en cualquiera de los países cubiertos por esta cobertura, con la finalidad de beneficiar al Asegurado Directo, evitando que pague gastos excesivos.

Nuestros representantes en el extranjero tienen la misión de facilitarle la mejor atención en los hospitales de alta especialización que conforman nuestra red de



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

proveedores internacionales y de garantizar los gastos cubiertos por cuenta nuestra.

CLÁUSULA IX. BENEFICIOS ADICIONALES

1. Casos de Emergencia

Se cubrirá los casos de emergencia a consecuencia de los padecimientos nombrados anteriormente al cien por ciento (100%) del costo y gastos incluyendo cuarto, medicina, unidad de cuidados intensivos, honorarios médicos y gastos en general, incurridos dentro de las primeras veinticuatro (24) horas contadas desde el momento en que dicho evento de emergencia ocurrió.

Todos los gastos incurridos luego de dichas primeras veinticuatro (24) horas, serán tratados ya sea bajo los beneficios de hospitalización o ambulatorio, según el caso.

2. Transporte por evacuación

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 las dolencias del Asegurado.

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.

Todas las decisiones relacionadas con la necesidad médica de evacuación y/o repatriación, los medios y momentos de éstos, así como el equipo médico y el personal médico a ser utilizado y el destino final, son decisiones médicas que serán tomadas por médicos designados por el operador del Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en los factores médicos y sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

CLÁUSULA X. REGULACIONES NO CONTEMPLADAS

Todos los aspectos que no estén normados en esta cobertura, se regirán por las condiciones de la póliza.

CLÁUSULA XI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

SD



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
COBERTURA PARA ENFERMEDADES
Y ACCIDENTES GRAVES**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número _____ de fecha _____.