

Instituto Nacional de Seguros

Seguro INS Medical Regional

**Código de producto: P16-35-A01-113
(Versión 2)**

Fecha de registro V2: 18-nov-13

Oficio de solicitud de registro V2: G-04793-2013

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE DE CONTENIDO

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO.....	2
CLÁUSULA I. BASES DEL CONTRATO	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO	3
CLÁUSULA IV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	4
CLÁUSULA V. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN.....	4
CLÁUSULA VI. ÁMBITO DE COBERTURA	4
CLÁUSULA VII. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA.....	5
CLÁUSULA VIII. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	5
CLÁUSULA IX. PERSONAS ASEGURADAS	13
CLÁUSULA X. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA	13
CLÁUSULA XI. COBERTURAS.....	14
CLAUSULA XII. COBERTURAS BÁSICAS.....	14
1. Cobertura de Gastos médicos.	14
2. Cobertura de asistencia al viajero.....	24
3. Cobertura de chequeos.....	24
4. Cobertura por fallecimiento	25
5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia.	26
CLÁUSULA XIII. GASTOS CUBIERTOS	27
CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA.....	29
CLÁUSULA XV. PAGO DE PRIMAS.....	30
CLÁUSULA XVI. PARTICIPACION DE UTILIDADES	31
CLAUSULA XVII. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.....	32
CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA	32
CLÁUSULA XIX. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA.....	32
CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	33
CLÁUSULA XXI. CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO.....	33
CLÁUSULA XXII. PERÍODOS DE CARENCIA.....	35
CLÁUSULA XXIII. RIESGOS EXCLUIDOS.....	36
CLÁUSULA XXIV. GASTOS EXCLUIDOS.....	37
CLÁUSULA XXV. DEDUCIBLE Y COASEGURO	40
CLÁUSULA XXVI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO	40
CLÁUSULA XXVII. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.....	40
CLÁUSULA XXVIII. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS.....	42
CLÁUSULA XXIX. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	42
CLÁSULA XXX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	43
CLÁSULA XXXI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS	43
CLÁUSULA XXXII. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA	43
CLÁUSULA XXXIII. PRESCRIPCIÓN	44
CLÁUSULA XXXIV. COMUNICACIONES	44
CLÁUSULA XXXV. SUBROGACIÓN	44
CLÁUSULA XXXVI. OTROS SEGUROS	45
CLÁUSULA XXXVII. TIPO DE CAMBIO	45
CLÁUSULA XXXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE.....	45
CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	45
CLÁUSULA XL. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES	46
CLÁUSULA XLI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	46
CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	46



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

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

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

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

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

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Guillermo Vargas Roldán
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22



SEGURO INS MEDICAL 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 cotización de seguro aceptada por el Tomador del Seguro o el Asegurado Directo, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como los adenda.

CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

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

CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO

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

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA IV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza es un seguro de gastos médicos anual renovable. Entrará en vigor a las 0:00 horas del día en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima estipulada.

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

CLÁUSULA V. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

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

CLÁUSULA VI. ÁMBITO DE COBERTURA

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

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

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero. Una vez que se haya agotado el monto



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

asegurado de la misma, se utilizarán las demás coberturas de este Seguro de INS Medical.

CLÁUSULA VII. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, hasta menos de setenta (70) años de edad no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares. A partir de la siguiente renovación anual y una vez se hayan alcanzado los setenta (70) años de edad, éste límite será reducido de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares. En caso de que el Asegurado emita el contrato o se incluya en una póliza colectiva o individual con setenta (70) años o más, el monto asegurado máximo por año póliza contratado será el mismo establecido en las Condiciones Particulares para los asegurados que hayan alcanzado los setenta (70) años.

CLÁUSULA VIII. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

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

- 1. ACCIDENTE.** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.
- 2. ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es la figura del Instituto que administra la Red de Proveedores a nivel nacional y coordina a nivel internacional los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el Asegurado lo requiera.
- 3. APARATOS DE APOYO.** Se refiere a los aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.
- 4. ASEGURADO O ASEGURADOS.** Es el Asegurado Directo y sus dependientes que están cubiertos bajo esta póliza, debidamente



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

5. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
6. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL.** Es la cantidad máxima asegurada indemnizable bajo esta póliza con respecto a un Asegurado, durante el año de la póliza, siempre que ésta se encuentre vigente.
7. **BENEFICIARIO:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
8. **CIRUGIA BARIÁTRICA.** Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos.
9. **CLIENTE ESTRATÉGICO:** Es aquel que ha sido definido como tal por la Gerencia del Instituto o por aquellas dependencias designadas por esta, por cumplir con una o varias de las siguientes características:
 - Alto volumen de primas.
 - Potencial comercial de la cuenta.
 - Alta rentabilidad del programa de seguros.
 - Importancia estratégica del negocio o imagen comercial.
 - Vinculación con grupos económicos, clientes o potenciales clientes.
10. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado en adición, al deducible en los casos en los que aplique.
11. **CONVIVIENTE.** Persona del sexo opuesto al Asegurado Directo con quien éste o ésta cohabita por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, sin que los una relación matrimonial alguna, según lo indicado en el Código de Familia.
12. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO.** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que, residiendo en la misma área geográfica, presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 13. DEDUCIBLE.** Suma fija o porcentual que debe asumir el Asegurado antes de la aplicación del coaseguro, que se establece en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes.
- 14. DEPENDIENTES.** Se consideran como dependientes asegurables las siguientes personas:
- a) El cónyuge o, en su defecto, la persona que, en calidad de conviviente del Asegurado Directo está reconocida como tal, según lo indicado en el Código de Familia.
 - b) Los hijos siempre que sean solteros y que residan con el Asegurado Directo en el mismo domicilio, que sean dependientes económicamente, estudiantes y cuya edad no supere los veinticinco (25) años.
- 15. DEPORTE.** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
- 16. DONADOR.** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
- 17. ECLAMPSIA.** Aparición de convulsiones en una mujer con un período de embarazo superior a cuatro (4) meses sin que haya ninguna causa neurológica. Es el estado más grave de la enfermedad de presión arterial alta en el embarazo.
- 18. EDAD.** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:
- a) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
 - b) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
- 19. ENFERMEDAD.** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 20. ENFERMEDAD CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA.** Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematuridad.
- 21. ENFERMEDAD CONTAGIOSA.** Enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).
- 22. ENFERMEDAD EPIDÉMICA.** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.
- 23. ENFERMEDAD MENTAL.** Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida.
- 24. 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.
- 25. 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.
- 26. ESTERILIDAD.** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
- 27. 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.
- 28. GASTOS OPERATIVOS:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: gastos administrativos, costos de distribución y reserva de contingencias.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 29. 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.
- 30. 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.
- 31. GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
- 32. GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
- 33. 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.
- 34. 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.
- 35. INFERTILIDAD.** Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad de veinticuatro (24) semanas de gestación.
- 36. LICENCIA HABILITANTE.** Documento formal otorgado por el Estado de Costa Rica que faculta a una persona para conducir el vehículo involucrado en el accidente y ésta no se encuentre suspendida al momento del accidente.
- 37. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
- 38. 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.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- g) Dispositivos intrauterinos.
- h) Anticonceptivos orales.
- i) Anticonceptivos inyectados.

39. OLIGOAMNIOS: Deficiencia de líquido amniótico.

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

41. 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.

42. PERÍODO DE GRACIA. Es el período después del vencimiento de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo el contrato mantiene los derechos para el Asegurado, siempre y cuando la prima sea cancelada en el período establecido.

43. POLIHIDRAMNIOS: Aumento en la cantidad de líquido amniótico.

44. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA. Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, ya sea para casos específicos de atención ambulatoria, al ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.

45. 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.

46. PREMATUREZ. Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.

47. PRIMA. Precio que debe satisfacer el Tomador del seguro o el Asegurado al asegurador, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el asegurador asume.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- 48. PRÓTESIS QUIRÚRGICA:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
- 49. PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.
- 50. RAZÓN DE SINIESTRALIDAD:** Es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (corresponde a siniestros pagados más siniestros pendientes de pago de ese mismo año) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.
- 51. 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.
- 52. SÍNDROME DE HELLP.** Es una complicación seria de la presión arterial alta inducida por el embarazo y que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre, afectación del funcionamiento del hígado y trastornos de la coagulación que llevan a hemorragia.
- 53. SÍNDROME DE SHEEHAN:** Es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
- 54. 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.
- 55. TOMADOR DEL SEGURO.** Persona física o jurídica que contrata el seguro por cuenta propia o ajena.
- 56. 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.
- 57. 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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:

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

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

58. TRATAMIENTOS MEDICAMENTE RELACIONADOS Y NECESARIOS:

Se refiere a suministros médicos, tratamientos, servicios o procedimientos que el médico del Asegurado determina necesarios para él diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

59. 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 IX. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

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

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

CLÁUSULA X. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

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

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

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

Para aquellos niños nacidos como producto de un parto cubierto por esta póliza como resultado de un tratamiento de infertilidad, se deberá presentar la



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XI. COBERTURAS

Este seguro cuenta con coberturas básicas y con coberturas adicionales:

1. Coberturas básicas:

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

2. Coberturas Adicionales:

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

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

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

CLAUSULA XII. COBERTURAS BÁSICAS

1. Cobertura de Gastos médicos.

1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites

a) Maternidad

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

b) Trasplantes

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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.**

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

c) Prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo

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

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

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

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

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

d) Enfermedades congénitas del recién nacido

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

En los casos en los que el niño no se incluya dentro de la póliza en el período establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares y se incluya 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 el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

e) Prematurez

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

por el límite anual establecido en la Cláusula de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

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

f) Enfermedades epidémicas y pandémicas

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

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

g) Práctica recreativa de buceo y fútbol

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

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

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

h) Ambulancia aérea

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

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

i) Deportes

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

Adicionalmente, se incluyen en esta cobertura aquellos deportes que no se hayan nombrado anteriormente y se practiquen en forma competitiva hasta el límite máximo indicado en esta cobertura. Se exceptúa de esta condición lo indicado en las Cláusulas Coberturas Básicas, inciso Gastos Médicos Sujetos a Sublímites, punto Práctica recreativa de buceo y fútbol.

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

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

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

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

1.2. Gastos médicos sujetos a condiciones especiales:

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

a) Gastos ambulatorios por accidentes

Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos de acuerdo a la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato. Si a consecuencia del accidente el Asegurado requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato.

b) Transporte por evacuación

Cubre de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato y previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos, los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y Centro América, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

Asegurada de las Condiciones Particulares de esta póliza y serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia, los gastos serán cubiertos bajo las demás condiciones establecidas en la Cláusula de Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo #2 de esta póliza.

- ii. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a Centro América (excepto Costa Rica). Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones de la presente póliza.
- iii. Esta cobertura operará, cuando se trate de un accidente o enfermedad aguda, en exceso de la cobertura de Asistencia al Viajero que se describe en el Anexo # 1, siempre y cuando el Asegurado se comunique con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará esta cobertura.
- iv. Las coberturas que se otorgan son:

1. Evacuación y/o repatriación por razones médicas

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

En caso de que un Asegurado fallezca a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el Instituto, por intermedio del Administrador de Servicios Médicos, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

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

Cuando por accidente o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el Asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica, se cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

d) Gastos médicos en el extranjero

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

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.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

2. En caso de una hospitalización de emergencia, se deberá dar aviso al Instituto y/o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas a la admisión, aunque el Asegurado haya sido dado de alta.

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

ii. Atención Ambulatoria

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

2. Cobertura de asistencia al viajero

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

3. Cobertura de chequeos

a) Chequeo oftalmológico

Están cubiertos una vez al año póliza, los gastos por medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares, siempre que se realicen a través de la Red de Proveedores; caso contrario el Instituto no los cubrirá.

b) Chequeo general



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

4. Cobertura por fallecimiento

a) Muerte

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

i. Beneficiarios

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

1. Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
2. Por fallecimiento de los Asegurados dependientes, el Asegurado Directo, o en su defecto, los herederos legales de los mismos.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

b) Sepelio

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

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

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

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

Para las coberturas anteriores, si la persona beneficiaria causa la muerte de la persona asegurada por dolo o culpa grave perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a esa persona beneficiaria.

5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

Este seguro ofrece cobertura dental tanto por accidente como por emergencias.

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

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

La cobertura dental por emergencia, se rige según lo establecido en el Anexo #3 de las condiciones, el cual forma parte de este contrato.

CLÁUSULA XIII. GASTOS CUBIERTOS

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

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

El Asegurado Directo y/o sus dependientes asegurados podrán hacer uso de la Red de Proveedores, para los casos de hospitalización y tratamientos ambulatorios, amparados por esta póliza. En caso de no utilizar la Red de Proveedores, el Asegurado deberá efectuar el pago de los gastos directamente y tramitar ante el Instituto el reembolso, para el cual se aplicará lo dispuesto en el apartado de Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza.

1. Gastos hospitalarios:

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- f)** Tratamiento de fisioterapia y/o terapias afines reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con un máximo de veinte (20) sesiones por evento excepto en los casos donde exista pre-autorización médica.
- g)** Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o administración de anestesia, según costos razonables y acostumbrados.
- h)** Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.
- i)** Otros servicios y tratamientos médicamente relacionados y necesarios que hayan sido ordenados por el médico del Asegurado para el tratamiento de su enfermedad o condición.

2. Gastos ambulatorios (sin hospitalización):

- a)** Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b)** Medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas y otras pruebas o exámenes especiales que el médico considere necesarios.
- c)** Cirugías ambulatorias.
- d)** Alquiler de equipo.
- e)** Uso de sala de operaciones.
- f)** Tratamiento de fisioterapia y/o terapias afines reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con un máximo de veinte (20) sesiones por evento excepto en los casos donde exista pre-autorización médica.
- g)** Otros servicios y tratamientos médicamente relacionados y necesarios que hayan sido ordenados por el médico del asegurado para el tratamiento de su enfermedad o condición. Para los cuidados a domicilio por personal de enfermería se establece un máximo de treinta (30) días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.
- h)** Ambulancia terrestre. Se cubre mediante previa coordinación con la Unidad de Asistencia del Instituto, siempre y cuando sea médicamente justificada su utilización.

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

- a. Ser aprobados y coordinados en conjunto con el Administrador de Servicios Médicos.
- b. Dichos tratamientos obedecen a una necesidad médica y son indispensables para el bienestar físico del Asegurado, por lo tanto, no obedecen a una preferencia del Asegurado, Familiar o proveedor.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

- c. Los tratamientos preescritos no exceden los niveles de cuidado necesarios para la atención de la enfermedad.

3. Emergencias

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

Para los gastos detallados en los puntos 1, 2 y 3. anteriores se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en el apartado Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios del Anexo # 2 de esta póliza, excepto que se trate de un accidente cubierto por la póliza, según lo indicado en la Cláusula Coberturas Básicas, punto 1.2 Gastos médicos sujetos a condiciones especiales, inciso a. Gastos ambulatorios por accidentes.

CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA

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

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

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

3. Sea el/la Asegurado(a) Directo(a) que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios o se encuentre realizando labores propias de su trabajo.

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

CLÁUSULA XV. PAGO DE PRIMAS

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

Si el Asegurado selecciona una forma de pago diferente de la anual deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en la Cláusula Pago de Primas de las Condiciones Particulares del presente contrato.

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

El Instituto otorgará el período de gracia estipulado en la Cláusula Período de Gracia 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.

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVI. PARTICIPACION DE UTILIDADES

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

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

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

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

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

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

siguiente renovación anual del contrato de seguro y se reconocerá al finalizar dicha renovación.

CLAUSULA XVII. RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

CLÁUSULA XVIII. PERÍODO DE GRACIA

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

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

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

CLÁUSULA XIX. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

El Asegurado Directo o el Tomador de seguro podrán cambiar el plan de seguro y/o la forma de pago a partir del aniversario de la póliza, previo aviso por escrito con treinta (30) días naturales de antelación al Instituto y sujeto a las pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

CLÁUSULA XX. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

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

1. Cuando la cancelación se produzca posterior a los primeros cinco (05) días de la emisión del seguro, el Instituto tendrá derecho a retener la prima

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en el cuadro adjunto, por lo cual; deberá reembolsar al Asegurado Directo y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 1 mes	36%
Más de 1 mes a 2 meses	44%
Más de 2 meses a 3 meses	52%
Más de 3 meses a 4 meses	59%
Más de 4 meses a 5 meses	66%
Más de 5 meses a 6 meses	72%
Más de 6 meses a 7 meses	78%
Más de 7 meses a 8 meses	83%
Más de 8 meses a 9 meses	88%
Más de 9 meses a 10 meses	92%
Más de 10 meses a 11 meses	96%
Más de 11 meses a 12 meses	100%

La fracción de mes se calculará como mes completo.

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

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

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



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 XXII. PERÍODOS DE CARENCIA

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

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

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

3. Durante el período establecido en las Condiciones Particulares en la Cláusula Períodos de Carencia, contados a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los siguientes órganos, enfermedades o procedimientos:

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

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

CLÁUSULA XXIII. RIESGOS EXCLUIDOS

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados 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 (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

CLÁUSULA XXIV. GASTOS EXCLUIDOS

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

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

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

bariátricas, así como las enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.

9. **Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.**
10. **Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.**
11. **Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del uso excesivo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.**
12. **Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio) excepto lo establecido en la cláusula de COBERTURAS BASICAS, inciso j) *Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas).***
13. **Métodos anticonceptivos no quirúrgicos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva, energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.**
14. **Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastía; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.**
15. **Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.**
16. **Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto y cualquier complicación provocada por éstos. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
17. **Prótesis dentales, excepto que sean reemplazos de piezas dentales naturales.**
18. **Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el**

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades congénitas del recién nacido.

19. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.
20. Consultas y/o tratamientos podiátricos.
21. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
22. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
23. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
24. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.
25. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionado con ello.
26. Implantación de embriones.
27. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.
28. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.
29. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas).
30. Enfermedades por el virus del papiloma humano; excepto en la piel.
31. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

32. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
33. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
34. Servicios médicos, exámenes o medicamentos ordenados o brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que el Asegurado tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
35. Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.
36. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.

CLÁUSULA XXV. DEDUCIBLE Y COASEGURO

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

CLÁUSULA XXVI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

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

CLÁUSULA XXVII. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

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

1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

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

3. Fallecimiento del Asegurado:

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

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.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXVIII. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

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

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

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

CLÁSULA XXX. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

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

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

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

CLÁSULA XXXI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

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

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

CLÁSULA XXXII. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

1. El Asegurado oculta, informa o expone con falsedad o inexactitud todo hecho o circunstancia determinantes concernientes a esta póliza, a los riesgos cubiertos por la misma o al interés del Asegurado en ellos; o en el caso de que se incurra en fraude o juramento falso con respecto a lo anterior, hecho por el Asegurado, tanto antes como después de un siniestro.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

2. El reclamo hecho, resulta fraudulento o si el Asegurado u otra persona autorizada por el mismo, actuando en su nombre, utiliza algún medio o recurso ilícito para obtener cobertura bajo el amparo de esta póliza.

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

CLÁUSULA XXXIII. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA XXXIV. COMUNICACIONES

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

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

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

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.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXVI. OTROS SEGUROS

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

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

CLÁUSULA XXXVII. TIPO DE CAMBIO

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

CLÁUSULA XXXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

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

CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES GENERALES

la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

CLÁUSULA XL. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

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

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

CLÁUSULA XLI. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V2** de fecha **17 de noviembre del 2011**.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA No. : N° PÓLIZA
TOMADOR DE SEGURO : NOMBRE DEL TOMADOR DE SEGURO O DEL ASEGURADO

En consideración a la solicitud presentada por NOMBRE DEL TOMADOR DE SEGURO O EL ASEGURADO, CEDULA JURIDICA O FISICA No. Número cédula jurídica (denominado en adelante el TOMADOR DE SEGURO O ASEGURADO), con sujeción a las condiciones y estipulaciones de esta póliza, el **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, CEDULA JURIDICA No. 4-000-001902-22**, (denominado en adelante el **INSTITUTO**), acuerda pagar las sumas aseguradas conforme se establece en esta Póliza, con respecto a las personas protegidas por ella.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas en el **INSTITUTO**, en cualquiera de sus Sedes.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

El presente contrato iniciará su vigencia a partir del FECHA DE EMISIÓN.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
CONDICIONES PARTICULARES**

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

POLIZA No. : **N° PÓLIZA**
TOMADOR DE SEGURO : **NOMBRE DEL TOMADOR DE SEGURO O DEL ASEGURADO**

CLAUSULA I. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

MONTO MÁXIMO ANUAL ASEGURADO		
Monto máximo anual	Hasta menos de 70 (setenta) años de edad	US\$ 200. 000
Monto máximo anual	Alcanzados los 70 (setenta) años	US\$ 60. 000

CLAUSULA II. 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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULA III. COBERTURAS DE GASTOS MÉDICOS

1. GASTOS MEDICOS SUJETOS A SUBLIMITES

COBERTURA	DETALLE	MONTO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA
Maternidad	Gastos prenatales y postnatales, parto normal o aborto	Hasta US\$ 3.000 por embarazo
	Complicaciones durante el embarazo	Hasta US\$ 1.000 por embarazo
	Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal	Hasta US\$ 3.500 por embarazo
Trasplantes	Menores de setenta (70) años	Hasta US\$ 200.000 anuales
	Setenta (70) años o más	Hasta US\$ 60.000 anuales
Prótesis quirúrgicas **	Según contrato	Hasta US\$ 10.000 anuales
Aparatos de apoyo**	Según contrato	Hasta US\$ 10.000 anuales
Enfermedades congénitas del recién nacido	Según contrato	Hasta US\$ 25.000 anuales
Prematurez	Según contrato	Hasta US\$ 100.000 anuales
Enfermedades epidémicas y pandémicas	Según contrato	Hasta US\$ 7.500 anuales
Práctica recreativa de buceo y fútbol	Según contrato	Hasta US\$ 10.000 anuales para cada uno
Ambulancia aérea	Según contrato	Hasta US\$ 25.000 anuales
Deportes	Según contrato	Hasta US\$ 10.000 anuales
Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos.	Según contrato	Hasta US\$ 1.000



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA	DETALLE	MONTO MÁXIMO ASEGURADO POR PERSONA
Gastos ambulatorios por accidente	Costos razonables y acostumbrados las primeras 24 horas	Se cubren al 100%
Transporte por evacuación	Costos razonables y acostumbrados	Se cubren al 100%
Repatriación de restos mortales	Según contrato	Hasta US\$ 2.500 por todo concepto
Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad	Según contrato	US\$ 100 diarios con un máximo de diez (10) días, es decir US\$ 1.000
Chequeo Oftalmológico	Según contrato	Se cubre al 100%
Chequeo General	Según contrato	Se cubre al 100%
Fallecimiento	Muerte	Hasta US\$ 2.500
	Sepelio	Hasta US\$ 2.500
	Liberación del pago del seguro por fallecimiento del Asegurado Directo	Máximo 12 meses

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



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

2. COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA	DETALLE	MONTO ASEGURADO POR PERSONA
Enfermedades Graves*	Según contrato	Hasta US\$ 200.000
Cáncer*	Según contrato	Hasta US\$ 200.000

A partir de los 70 años, el monto asegurado se reduce de la siguiente manera:

COBERTURA	DETALLE	MONTO ASEGURADO POR PERSONA
Enfermedades Graves*	Según contrato	Hasta US\$ 60.000
Cáncer*	Según contrato	Hasta US\$ 60.000

*Ambas coberturas son mutuamente excluyentes, por lo que el Asegurado podrá optar, contra el pago de la prima correspondiente, únicamente por una de las dos opciones.

CLAUSULA IV. PAGO DE PRIMAS

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.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

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	

CLAUSULA V. PERIODOS DE CARENCIA

Se establece un período de carencia máximo 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, excepto en los casos de accidentes o emergencia.

Adicionalmente, se establecen los siguientes períodos máximos de carencia para recibir los beneficios de las condiciones, tratamientos o cirugías, que se detallan a continuación:

Cobertura	Carencia
Maternidad o embarazo	Hasta diez (10) meses consecutivos
Transplantes	Hasta veinticuatro (24) meses consecutivos
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz y senos paranasales	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	Hasta diez (10) meses consecutivos



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Cobertura	Carencia
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cual sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	Hasta diez (10) meses consecutivos
Asma	Hasta diez (10) meses consecutivos

CLAUSULA VI. DEDUCIBLE Y COASEGURO

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada por concepto de coaseguro y deducible es:

Modalidad Individual:

Por los tratamientos en Costa Rica y Centro América US\$ 20.000.

Modalidad Colectiva:

Por los tratamientos en Costa Rica y Centro América US\$ 5.000.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA VII. DESCUENTOS O RECARGOS A LA PÓLIZA

1. Descuentos por volumen de personas aseguradas

Por razones comerciales el Instituto podrá otorgar descuentos de acuerdo con la cantidad de personas que se afilien al seguro. Estos descuentos se aplicarán o no de acuerdo con el tipo de grupo y según la siguiente tabla:

Número de asegurados	% de Descuento
Hasta 50	0%
De 51 a 200	2.5%
De 201 a 500	5,0%
De 501 a 1.000	7.5%
Más de 1.000	10.0%

2. Descuentos o recargos por siniestralidad

Tanto para la modalidad colectiva como para la modalidad individual se podrán aplicar descuentos o recargos por concepto de siniestralidad. Estos descuentos o recargos se definirán en la renovación anual de la póliza y se deberán comunicar con al menos treinta (30) días de antelación de acuerdo con los siguientes parámetros:

Para la aplicación de estos descuentos o recargos se deberá contar con al menos (2) dos años de emitido el contrato póliza y el mismo deberá estar vigente, excepto en el caso de pólizas que durante el primer año de vigencia tuviesen una siniestralidad superior al 56%, en este caso se realizará en ese primer año un ajuste a la tarifa de esa póliza.

Para la obtención de los Descuentos o Recargos se debe calcular la razón de siniestralidad, según la definición de este contrato.

La determinación del rubro a aplicar se hará de acuerdo con la siguiente tabla:



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Índice de siniestralidad	% Descuento	% Recargo
0% a 15%	25%	
16% a 20%	21%	
21% a 25%	17%	
26% a 30%	13%	
31% a 35%	8%	
36% a 40%	4%	
41% a 45%	2%	
46% a 55%	Siniestralidad de equilibrio	
56% a 60%		7%
61% a 65%		23%
66% a 70%		32%
71% a 75%		42%
76% a 80%		51%
81% a 85%		60%
86% a 90%		70%
91% a 100%		89%
101% a 110%		108%
111% a 120%		126%
121% a 130%		145%
131% a 140%		164%
141% a 150%		183%
151% a 160%		202%
161% a 170%		221%
171% a 180%		240%
181% a 190%		258%
191% a 200%		277%
201% a 210%		296%
211% a 220%		315%
221% a 230%		334%
231% a 240%		353%
241% a 250%		372%
251% a 260%		391%
261% a 270%		409%
271% a 280%		428%
281% a 290%		447%
291% a 300%		466%
301% a 310%		485%
De 311% en adelante		500%



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA VIII. BENEFICIO DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

(Se agrega solo si se ha negociado el beneficio y la póliza es colectiva No contributiva)

Conforme a lo indicado en la cláusula de Participación de Utilidades de las Condiciones Generales, al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de este seguro el Instituto reconocerá un porcentaje a la modalidad colectiva No Contributiva conforme al siguiente detalle:

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

Este pago se realizará mediante:

(pago en efectivo) o (rebajo en las primas del siguiente período).

La liquidación se realizará al final del año póliza.

Para establecer el monto a reconocer por concepto de participación de utilidades se realizará el siguiente cálculo:

- (+) Primas pagadas
- (-) Gastos operativos
- (=) Primas brutas
- (-) Devoluciones de primas.
- (-) Siniestros incurridos durante el año póliza (pagados y pendientes).
- (=) Utilidad a distribuir o pérdida a arrastrar.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA IX. COMISION DE COBRO

(Se agrega solo si se ha acordado el pago de Comisión de Cobro)

Por concepto de comisión de cobro el Instituto reconocerá un porcentaje de XXXX sobre las primas pagadas.

CLÁUSULA X. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V2** de fecha **17 de noviembre del 2011**.

Los demás términos y condiciones de la póliza se mantienen sin modificación.



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

INDICE DE CONTENIDO

CLAUSULA I. TERMINOS Y DEFINICIONES	2
CLÁUSULA II. PERSONAS SUJETAS A ESTA COBERTURA	3
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA	3
CLAUSULA IV. PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA	3
CLAUSULA V. OPERATIVIDAD DE LA COBERTURA	4
CLAUSULA VI. DEFINICIÓN DE VIAJE	5
CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA	5
CLAUSULA VIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	5
CLAUSULA IX. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA	6
CLAUSULA X. REPATRIACIÓN O TRASLADO POR RAZONES MÉDICAS	8
CLÁUSULA XI. COMUNICACIÓN NO OPORTUNA PARA SERVICIO MÉDICO	9
CLAUSULA XII. TRASLADO DE ACOMPAÑANTE	9
CLAUSULA XIII. PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN EL EXTRANJERO	10
CLAUSULA XIV. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O FAMILIAR DIRECTO	10
CLAUSULA XV. REGRESO DEL ASEGURADO POR SINIESTRO EN SU DOMICILIO HABITUAL	11
CLAUSULA XVI. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE	11
CLAUSULA XVII. COMPENSACIÓN COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE	11
CLAUSULA XVIII. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES Y TRANSFERENCIA DE FONDOS	13
CLAUSULA XIX. ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZA Y ASISTENCIA LEGAL	14
CLAUSULA XX. ACCIDENTES Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES	14
CLAUSULA XXI. GASTOS CUBIERTOS POR REINTEGRO	15
CLAUSULA XXII. INFORMACIÓN SOBRE VISADOS, VACUNACIÓN, RESERVAS DE ESPECTÁCULOS Y EVENTOS DEPORTIVOS	15
CLAUSULA XXIII. EXCLUSIONES	15
CLAUSULA XXIV. OTROS SEGUROS	18
CLAUSULA XXV. REGULACIONES NO CONTEMPLADAS	18
CLÁUSULA XXVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	18



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

COBERTURA ESPECIAL DE ASISTENCIA AL VIAJERO

El “INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS” aseguradora domiciliada en Costa Rica, denominada en adelante Instituto, emite las siguientes condiciones, que rigen la prestación de los servicios asistenciales que se detallan en este Anexo y que se brindarán a los asegurados del Seguro INS-MEDICAL, durante los viajes que realicen fuera de Costa Rica o del lugar de residencia permanente autorizado por el Instituto, cuando se requiera la prestación de cualquier servicio asistencial de los aquí descritos.

CLAUSULA I. TERMINOS Y DEFINICIONES

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

1. **Caución:** Garantía que presta una persona u otra en su lugar para asegurar el cumplimiento de una obligación actual o eventual.
2. **Enfermedad Aguda:** Es aquella caracterizada por aparición súbita, de curso breve (no más de una semana) durante la vigencia de la póliza.
3. **Enfermedad con compromiso inmunológico:** Enfermedades que además de otros órganos o sistemas, atacan al sistema de defensa que tiene el organismo.
4. **Enfermedad Preexistente:** Cualquier enfermedad, lesión, congénita o no, discapacidad física, así como sus secuelas, padecidas antes de la fecha de inicio de la póliza.
5. **Unidad de Asistencia del Instituto:** Es la Unidad de Asistencia del Instituto Nacional de Seguros en el exterior, a la cual el Asegurado debe acudir en caso de ocurrir algún evento amparado por esta cobertura. Sus servicios son de uso personal e intransferible.



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

CLÁUSULA II. PERSONAS SUJETAS A ESTA COBERTURA

Esta cobertura ampara a los asegurados cubiertos por la póliza de que este Anexo forma parte:

1. Al Asegurado directo.
2. Al cónyuge o conviviente.
3. A los hijos dependientes,

siempre y cuando éstos se encuentren asegurados en la cobertura básica de esta póliza y la misma esté vigente.

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

Los servicios asistenciales aquí incluidos se prestarán exclusivamente fuera del territorio de Costa Rica o del lugar de residencia permanente del Asegurado, el cual ha sido previamente autorizado por el Instituto.

CLAUSULA IV. PERÍODO MÁXIMO DE COBERTURA

La asistencia se prestará en períodos de viaje que no superen los sesenta (60) días naturales por cada uno, quedando expresamente excluidos los períodos de residencia permanente o transitoria en el extranjero.

En el caso de los asegurados que se encuentran residiendo en forma transitoria o permanente fuera de Costa Rica y de los cuales el Instituto ha sido debidamente informado, la cobertura de este beneficio operará cuando el Asegurado se encuentre fuera del país en el que reside.

La finalización de los sesenta (60) días naturales implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas coberturas, incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento de finalizar este período, con excepción de los casos de hospitalización ya iniciados, en los cuales los servicios de asistencia continuarán prestándose por un período complementario de hasta 10 (diez) días naturales.



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

Una vez finalizado este período, el Asegurado podrá utilizar las coberturas que correspondan, de su póliza INS Medical de la cual este Anexo forma parte, la cual funciona de forma complementaria a éste.

CLAUSULA V. OPERATIVIDAD DE LA COBERTURA

Los servicios asistenciales deberán ser, en todos los casos, solicitados a la Unidad de Asistencia del Instituto en el extranjero, a través de las centrales operativas que se indican a continuación.

En todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia esta cobertura. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de esta cobertura, se podrá utilizar el Seguro de INS Medical, del cual este Anexo forma parte.

Números Gratuitos en USA y Canadá

1.866.537.1145

1.800.785.4154

Números Directos (Se aceptan llamadas por cobrar)

1.305.537.1145

1.305.463.9696

correo electrónico: service@redbridgeassist.com

(*) El Asegurado deberá solicitar la llamada por cobrar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre.

Debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:

- Su nombre y apellidos
- Número de póliza
- Plan de seguro que posee (Regional).
- Número de pasaporte oficial u otros documentos que acrediten su identidad.
- Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- Dirección y teléfono del lugar donde se encuentra.



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

- Fecha de viaje.

La negativa por parte del Asegurado de presentar dicha documentación libera al Instituto de prestar servicio alguno. No tendrá derecho a ningún servicio el Asegurado que se encuentre residiendo en forma permanente o transitoria fuera de Costa Rica, si éste no lo ha informado y el Instituto no lo ha autorizado previamente.

CLAUSULA VI. DEFINICIÓN DE VIAJE

Se entenderá por viaje, la salida del Asegurado al exterior de Costa Rica o del lugar de residencia permanente o transitoria autorizada por el Instituto y el posterior regreso al mismo. Se considerará que un viaje comienza, en el momento en que el Asegurado recibe la aprobación oficial de salida de parte de la Oficina de Migración de Costa Rica o del organismo autorizado en el extranjero y termina el día en que el Asegurado regresa al país, en el momento en que el Asegurado recibe el sello de entrada de la Oficina de Migración de la República de Costa Rica o del organismo autorizado en el extranjero.

CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA

Para esta cobertura no aplica el período de carencia indicado en la Cláusula Períodos de Carencia de la póliza, la cual este Anexo forma parte.

CLAUSULA VIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Para permitir a la Unidad de Asistencia del Instituto brindar los servicios al Asegurado, queda expresamente convenido que las obligaciones a cargo del mismo son:

1. Obtener la previa autorización del Instituto, a través de cualquiera de sus Centrales Operativas, antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
2. Aceptar las soluciones propuestas por el Instituto. Las mismas deberán ser



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

equitativas y razonables.

3. Proveer la documentación que el Asegurado esté en posibilidad razonable de aportar y que permita establecer la procedencia del caso, además de todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por el Instituto.
4. Entregar al Instituto los pasajes que posea en los casos en que se le solicite se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los billetes de pasajes originales. En tal caso la Unidad de Asistencia del Instituto responderá solamente por la diferencia mayor que pudiera existir cuando correspondiera.
5. Autorizar a los profesionales e instituciones médicas que intervienen, por el medio que sea necesario, a revelar su historia clínica al Instituto o a quien éste designe, a fin de establecer la procedencia de asumir el cargo de los servicios que se requieran. Esta autorización podrá incluir contactos a nivel profesional con los médicos de cabecera del Asegurado y el conocimiento de su historia clínica anterior al viaje.
6. Facilitar a la Unidad de Asistencia del Instituto todos los elementos necesarios para verificar la fecha de salida del viaje y que el Asegurado esté en posibilidad razonable de aportar.

CLAUSULA IX. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios asistenciales serán brindados a través de la Unidad de Asistencia del Instituto y comprenden exclusivamente el tratamiento de la enfermedad aguda no preexistente y/o accidente, que impida la continuación del viaje. El monto total de los gastos por los servicios de asistencia médica que se detallan a continuación, tienen un límite máximo de US\$ 10.000 (diez mil dólares estadounidenses), por viaje y por Asegurado. Se exceptúa de este límite lo indicado en el punto 7 siguiente, en el cual su cobertura es ilimitada. Además estos servicios estarán sujetos a un deducible de US\$ 75 (setenta y cinco dólares estadounidenses) por viaje y por Asegurado.

1. **Atención en consultorio o a domicilio:** Para atender situaciones de emergencia en caso de enfermedad aguda no preexistente y/o accidente.



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

2. **Atención por especialistas:** Cuando sea indicada por los equipos médicos de emergencia y autorizadas previamente por la Unidad de Asistencia del Instituto.
3. **Exámenes médicos complementarios:** Comprenden: análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiografías y/o cualquier otro estudio que sea ordenado y autorizado por la Unidad de Asistencia del Instituto.
4. **Hospitalizaciones:** Cuando la Unidad de Asistencia del Instituto así lo autorice, en coordinación con el médico de cabecera, se procederá a la hospitalización en el establecimiento asistencial más adecuado y próximo al lugar donde se encuentre el Asegurado.
5. **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por la Unidad de Asistencia del Instituto, en los casos que requieran en forma urgente este procedimiento.
6. **Cuidados intensivos y unidad coronaria:** Cuando la naturaleza de la enfermedad lo requiera y con previa autorización de la Unidad de Asistencia del Instituto, se proveerá este tipo de servicio.
7. **Traslados sanitarios:** En caso de emergencia, la Unidad de Asistencia del Instituto organizará el traslado al centro asistencial más próximo para que el Asegurado reciba atención médica.

En caso que el médico tratante aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, previa autorización de la Unidad de Asistencia del Instituto, se procederá a la coordinación del mismo, en las condiciones y medios autorizados. Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo de la Unidad de Asistencia del Instituto, se utilizarán para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Asegurado. Si éste y/o sus acompañantes decidieran efectuar el traslado, dejando de lado la opinión de la Unidad de Asistencia del Instituto, ninguna responsabilidad recaerá sobre ésta, siendo el traslado y sus consecuencias por cuenta y riesgo del Asegurado y/o sus acompañantes.

8. **Repatriaciones Sanitarias:** Cuando la Unidad de Asistencia del Instituto estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Asegurado, como consecuencia de un accidente, ésta realizará los trámites necesarios para



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

llevar a cabo dicho trámite y si fuera necesario bajo supervisión médica calificada, hasta Costa Rica o el lugar de residencia permanente o transitorio autorizada por el Instituto. Esta repatriación deberá ser aprobada también por el médico tratante. Los servicios cubiertos bajo esta cobertura, incluyen la consulta de médicos, enfermeras (si fuera necesario), los arreglos de transportación por tierra y por aire, actividades o tratamientos y servicios relacionados con el traslado médico del paciente.

Si el Asegurado o sus acompañantes decidieran efectuar la repatriación, dejando de lado la opinión de la Unidad de Asistencia del Instituto, ninguna responsabilidad recaerá sobre ésta, siendo la repatriación y sus consecuencias por cuenta y riesgo del Asegurado y/o sus acompañantes.

- 9. Servicio de Odontología de Emergencia:** Cuando exista dolor intenso, infección o accidente, el monto máximo por viaje y por Asegurado es de US\$200.- (doscientos dólares estadounidenses).
- 10. Medicamentos:** Se cubrirán los gastos que correspondan a medicamentos de emergencia, recetados para la afección que diera lugar a la asistencia, hasta el límite máximo por viaje y por Asegurado de US\$ 300 (trescientos dólares estadounidenses).

La Unidad de Asistencia del Instituto se encargará solamente del envío de medicamentos urgentes de uso habitual del Asegurado fuera de Costa Rica o del lugar de residencia previamente autorizado por el Instituto, siempre que no puedan ser obtenidos localmente o sustituidos por otros. Será por cuenta del Asegurado el importe de los medicamentos y los gastos, impuestos y derechos de aduana relativos a su importación.

Una vez agotado el límite máximo (US\$ 10.000) o el período máximo de cobertura para los servicios de asistencia anteriores el Asegurado podrá hacer uso de su póliza de INS Medical de la cual este Anexo forma parte, siempre y cuando los gastos que se presenten se encuentren cubiertos por dicha póliza y los mismos no correspondan a una exclusión.

CLAUSULA X. REPATRIACIÓN O TRASLADO POR RAZONES MÉDICAS

Cuando por lesión o enfermedad uno de los asegurados sea repatriado o



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

trasladado por indicación de la Unidad de Asistencia del Instituto, ésta indemnizará los gastos de traslado de los restantes asegurados acompañantes en el medio que la Unidad de Asistencia del Instituto considere más adecuado y sujeto a disponibilidad, hasta Costa Rica o el lugar de residencia permanente autorizado por el Instituto.

CLÁUSULA XI. COMUNICACIÓN NO OPORTUNA PARA SERVICIO MÉDICO

Si fuera imposible comunicarse con la Unidad de Asistencia del Instituto para solicitar la autorización mencionada en la Cláusula de Operatividad de la Cobertura, el Asegurado podrá recurrir al servicio médico de urgencia más próximo al lugar donde se encuentre. En todos estos casos el Asegurado deberá comunicar a la Unidad de Asistencia del Instituto, a la dirección electrónica service@redbridge.cc la emergencia sufrida y la asistencia recibida, desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de las veinticuatro (24) horas de cesada la imposibilidad para comunicarse y encontrándose en el lugar donde fue asistido, en cuyo caso deberá proveer al Instituto las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.

En ningún caso, el importe del reintegro abonado podrá exceder los costos razonables y acostumbrados del país en que se produzcan, ni tampoco el límite de gastos determinado en la Cláusula de Servicios de Asistencia Médica.

No se efectuará ningún reintegro de gastos devengados en situación de emergencia, si no se dio estricto cumplimiento al procedimiento indicado anteriormente.

CLAUSULA XII. TRASLADO DE ACOMPAÑANTE

1. Si el Asegurado viajara como única compañía de un Asegurado menor de quince (15) años y por causa de enfermedad o accidente se encontrara imposibilitado para ocuparse del menor, la Unidad de Asistencia del Instituto organizará, a su exclusivo criterio, el traslado del mismo a Costa Rica o el lugar de residencia permanente autorizado por el Instituto, sin costo alguno, por el medio que la Unidad de Asistencia del Instituto considere más adecuado y sujeto a disponibilidad de espacio.



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

2. En caso que la hospitalización de un Asegurado, autorizada por la Unidad de Asistencia del Instituto deba ser superior a cinco (5) días naturales, se otorgará a un familiar, un pasaje de ida y vuelta, en el medio de transporte que se considere más adecuado y sujeto a la disponibilidad, para que pueda acompañar al Asegurado, siempre que esté solo o se encuentre acompañado por un menor de edad.

Asimismo, el Instituto cubrirá, previa presentación de comprobante, hasta US\$ 100 diarios (cien dólares estadounidenses), por los gastos del familiar acompañante hasta un límite máximo de cinco (5) días naturales US\$ 500 (quinientos dólares estadounidenses).

CLAUSULA XIII. PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN EL EXTRANJERO

1. El Instituto cubrirá los gastos, previa presentación de comprobante de hotel (sin extras, es decir solamente alojamiento) cuando por lesión o enfermedad y por prescripción médica, un Asegurado precise prolongar su estancia en el extranjero por convalecencia. En este caso los gastos tendrán un monto máximo US\$ 100 (cien dólares estadounidenses) por día y el límite total por toda la estancia no podrá superar los US\$ 500 (quinientos dólares estadounidenses).
2. El Instituto se hará cargo de la diferencia de costo del pasaje del Asegurado, cuando éste sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso y no pueda respetarse dicha fecha por razones de enfermedad o accidente del Asegurado habiendo sido atendido por la Unidad de Asistencia del Instituto. Se exceptúa lo indicado en la Cláusula de Exclusiones, de estas condiciones.

CLAUSULA XIV. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O FAMILIAR DIRECTO

1. En caso de fallecimiento del Asegurado durante el viaje, por accidente o enfermedad aguda, la Unidad de Asistencia del Instituto organizará y pagará los gastos de traslado del féretro, trámites administrativos y transporte hasta el lugar de inhumación en Costa Rica o el lugar de residencia permanente autorizado por el Instituto, por el medio que la Unidad de Asistencia del Instituto considere más conveniente. Los trámites, gastos del féretro definitivo, funeral e inhumación, serán a cargo de los familiares.



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

2. Si durante un viaje del Asegurado, ocurre el fallecimiento de un familiar directo de éste (padre, cónyuge, hijo o hermano), en Costa Rica o el lugar de residencia permanente, el Instituto, le indemnizará los gastos de traslado hasta Costa Rica o el lugar de residencia permanente autorizada por el Instituto, por el medio que la Unidad de Asistencia del Instituto considere más conveniente y sujeto a disponibilidad.

CLAUSULA XV. REGRESO DEL ASEGURADO POR SINIESTRO EN SU DOMICILIO HABITUAL

En caso de ocurrencia de robo con violencia de puertas o ventanas, incendio o explosión en el domicilio habitual del Asegurado, con riesgo de producirse mayores daños, el Instituto cubrirá los gastos de traslado del Asegurado hasta el mismo. Si la vivienda perteneciera a dos (2) ó más asegurados, el Instituto, brindará cobertura solamente a los gastos de regreso de un Asegurado únicamente. La Unidad de Asistencia del Instituto, exigirá al Asegurado el reintegro del pasaje no utilizado por él, a los efectos de su devolución a favor de la Unidad de Asistencia del Instituto.

CLAUSULA XVI. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE

La Unidad de Asistencia del Instituto ayudará al Asegurado, con todos los medios a su alcance, para localizar equipajes extraviados que hayan sido despachados en la bodega del mismo vuelo internacional en el que viaja el Asegurado, sin que esto implique ninguna responsabilidad por parte de dicha Unidad. La búsqueda cesará en el momento en que se localice el equipaje y se coordine su entrega o la aerolínea declare la pérdida definitiva del equipaje, para lo cual aplicará la cláusula siguiente.

CLAUSULA XVII. COMPENSACIÓN COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE

Cuando el Asegurado sufriera la pérdida de un bulto completo que sea reconocido como tal por la línea aérea, componente de su equipaje registrado por parte de una línea aérea regular, a la llegada de un vuelo internacional (entre dos países) y el faltante no hubiese sido localizado por nuestro servicio, conforme a lo establecido en la Cláusula de Localización de Equipaje, el Instituto reintegrará al



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

Asegurado una compensación complementaria a la indemnización otorgada por la línea aérea regular de máximo US\$ 40 (cuarenta dólares estadounidenses) por cada kilogramo del bulto extraviado e indemnizado por la aerolínea y hasta un límite máximo de US\$ 1.200 (mil doscientos dólares estadounidenses).

Esta indemnización es complementaria a la que otorga la línea aérea y la indemnización será por el máximo de US\$ 1.200 (mil doscientos dólares estadounidenses). Para efectuar la indemnización el Asegurado deberá demostrar el pago que haya hecho la línea aérea y el Instituto indemnizará la diferencia entre los US\$ 1.200 y lo otorgado por la línea aérea.

1. Para la utilización de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- a) Que la Unidad de Asistencia del Instituto haya sido notificada del hecho por el Asegurado dentro de las veinticuatro (24) horas de emitido el P.I.R (Reporte de Irregularidad de la Propiedad) o formulario de denuncia ante la compañía aérea.
- b) Que el Asegurado haya despachado su equipaje en la bodega del mismo vuelo en que viajaba, constando en su billete aéreo y que efectúe la denuncia por falta de entrega a la línea aérea responsable, a su llegada a destino.
- c) Que la pérdida del equipaje ocurra entre el momento en que el mismo es entregado al personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que deba ser entregado al pasajero al finalizar el vuelo.
- d) Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio de Costa Rica o del lugar de residencia permanente autorizado por el Instituto, excepto pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.
- e) Esta compensación se limitará a un (1) solo bulto entero y completo faltante. En caso de perderse más de un bulto se indemnizará el de mayor peso, de acuerdo con lo indicado en esta cláusula.
- f) Se deja constancia que teniendo esta compensación económica ofrecida por el Instituto, en carácter puramente complementario al de la indemnización otorgada por la línea aérea al reclamante, será condición indispensable para su pago, la presentación de la constancia original extendida por la línea aérea



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

responsable, que acredite haber abonado al Asegurado la correspondiente indemnización, así como copia de la denuncia a la línea aérea, emitida a nombre del Asegurado y consignado el número del billete de pasaje correspondiente al Asegurado y la cantidad de kilos faltantes, el o los billetes de pasaje, el o los tiquetes de equipaje consignados en la documentación.

- g) El Asegurado tendrá derecho a una sola compensación complementaria de hasta US\$ 1.200 (mil doscientos dólares estadounidenses) por viaje, independientemente de la cantidad de familiares o integrantes del grupo que viajen juntos y de los bultos que lleven en un mismo viaje.

2. El Asegurado no tendrá derecho a esta cobertura:

- a) Si se trata de faltantes y/o daños totales o parciales producidos en el contenido del equipaje, ni en la (las) valija (s) o cualquier otro elemento donde se transporte el mismo.
- b) Si el reclamo efectuado por el Asegurado a la línea aérea fuera indemnizado hasta por un monto de US\$ 1.200 (mil doscientos dólares estadounidenses).
- c) Las pérdidas verificadas en los tramos domésticos de vuelos internacionales.
- d) Las personas que no tengan derecho al transporte de equipaje.

CLAUSULA XVIII. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES Y TRANSFERENCIA DE FONDOS

1. **Transmisión de mensajes urgentes:** La Unidad de Asistencia del Instituto se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados de los asegurados, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones de esta modalidad.
2. **Transferencia de fondos:** En caso de emergencia justificada y a criterio y disponibilidad de la Unidad de Asistencia del Instituto, el Asegurado podrá solicitar la transferencia de una suma de dinero acorde a la emergencia acontecida y hasta un límite máximo de US\$ 3.000 (tres mil dólares



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

estadounidenses). El costo de la transferencia de fondos estará a cargo de la Unidad de Asistencia del Instituto. Se entiende que el Asegurado deberá disponer los medios para que la Unidad de Asistencia del Instituto, reciba antes de efectuar la transferencia la totalidad del monto a transferir en sus oficinas o donde sea solicitado.

CLAUSULA XIX. ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZA Y ASISTENCIA LEGAL

- 1. Adelanto de fondos en casos de juicio criminal por accidente:** En aquellos casos en que se inicie contra el Asegurado algún proceso judicial, civil o penal, en donde se le impute responsabilidad por algún accidente de tránsito, la Unidad de Asistencia del Instituto adelantará ante el Tribunal correspondiente los gastos de fianza si el Asegurado fuera detenido y a efectos de lograr su libertad condicional hasta el monto máximo de US\$ 7.000 (siete mil dólares estadounidenses). La suma adelantada será considerada como préstamo y el Asegurado se obliga a devolverla a la Unidad de Asistencia del Instituto lo antes posible y siempre antes de los noventa (90) días naturales de otorgada.

El préstamo indicado será otorgado al Asegurado; previa caución real o personal que deberá prestar a satisfacción de la Unidad de Asistencia del Instituto. Para ello se solicitarán copias del documento oficial donde se impone la fianza, además un pagaré jurado y firmado por parte del beneficiario y a nombre de la Unidad de Asistencia del Instituto.

- 2. Asistencia Legal:** Si el Asegurado fuera detenido por autoridades policiales o procesado por orden judicial fuera de Costa Rica o el lugar de residencia autorizado por el Instituto, como consecuencia de serle imputada la responsabilidad por los daños y perjuicios derivados de un accidente de tránsito en que haya sido parte; la Unidad de Asistencia del Instituto, efectuará el pago de los honorarios de abogado hasta un límite máximo de US\$ 1.000 (mil dólares estadounidenses).

CLAUSULA XX. ACCIDENTES Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Las obligaciones asumidas por el Instituto sólo regirán para accidentes y/o enfermedades agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio del viaje.



COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #1

Quedan expresamente excluidas todas las enfermedades preexistentes y las enfermedades en curso de tratamiento así como sus consecuencias y agudizaciones. En estos casos el Instituto, sólo reconocerá la primera consulta clínica por la que se determine la preexistencia de la enfermedad.

CLAUSULA XXI. GASTOS CUBIERTOS POR REINTEGRO

En los lugares donde por falta de infraestructura adecuada o por ser despoblados o alejados de zonas urbanas, no fuere posible prestar una asistencia inmediata, la Unidad de Asistencia del Instituto procederá según lo dispuesto en la Cláusula de Subrogación de las condiciones generales del contrato.

Asimismo, en los lugares donde la Unidad de Asistencia del Instituto no tenga prestadores directos, procederá a cubrir los gastos por vía de reembolso, siempre en un todo de acuerdo con los límites establecidos en las presentes condiciones. Asimismo, el Asegurado deberá siempre solicitar la previa autorización de la Unidad de Asistencia del Instituto antes de incurrir en gastos.

CLAUSULA XXII. INFORMACIÓN SOBRE VISADOS, VACUNACIÓN, RESERVAS DE ESPECTÁCULOS Y EVENTOS DEPORTIVOS

Si el Asegurado antes de iniciar o durante su viaje desea información sobre requisitos para obtención de visado, vacunaciones necesarias y/o reservas para espectáculos y eventos deportivos podrá contactar a la Unidad de Asistencia del Instituto, la cual a –disponibilidad- proveerá la información y/o coordinará las reservas solicitadas. El costo de las reservas siempre será responsabilidad del Asegurado y este deberá proveer a la Unidad de Asistencia del Instituto con los medios de pagos necesarios.

CLAUSULA XXIII. EXCLUSIONES

Se encuentran excluidos de la cobertura asistencial, los tratamientos y gastos que se detallan a continuación:

- 1. Los servicios aquí incluidos no podrán ser utilizados bajo ningún concepto, ni en ninguna circunstancia, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que hubieran surgido con**



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

anterioridad a la fecha de inicio del viaje y/o durante el (los) viaje (s) anteriores, independientemente de que los servicios que se soliciten hayan sido indicados por la Unidad de Asistencia del Instituto o por terceros.

2. En ningún caso el Instituto prestará los servicios de asistencia al viajero establecidos en las presentes condiciones, ni efectuará reintegro de gastos de ningún tipo, en tanto el Asegurado solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa aseguradora antes, durante o después de haberlas solicitado a la Unidad de Asistencia del Instituto.
3. Tratamientos homeopáticos y quiroprácticos; acupuntura; fisio-kinesioterapia; tratamientos termales, podología.
4. Tratamientos de trastornos psíquicos, de enfermedades mentales, del síndrome de inmuno-deficiencia adquirida, de enfermedades o accidentes producidos por la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas, medicinas sin prescripción médica; del alcoholismo; de la drogadicción.
5. Partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación imprevisible.
6. Estados de embarazo posteriores a la semana veinticinco (25) de gestación, cualquiera que sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento.
7. Recaídas y convalecencias de toda afección contraída antes de la fecha de incorporación del Asegurado al sistema de cobertura de los servicios asistenciales aquí descritos o de la iniciación del viaje, la que sea posterior.
8. Las enfermedades o lesiones derivadas de acciones criminales del Asegurado.
9. Intento de suicidio y sus consecuencias.



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

10. Las enfermedades o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos indicados por la Unidad de Asistencia del Instituto y/o de tratamientos médicos o farmacéuticos que, habiéndose iniciado con anterioridad al inicio del viaje, produzcan consecuencias durante el mismo.
11. Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; tales como, pero no limitadas a: oncológicas, diabetes, desórdenes cardiovasculares incluyendo hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis.
12. Enfermedades preexistentes y/o agudas contraídas antes del viaje, ya sea el control como sus consecuencias.
13. Enfermedades ocurridas durante un viaje realizado contra prescripción médica.
14. Las visitas médicas de control así hayan sido prescritas por el médico tratante para la evaluación del seguimiento de la enfermedad diagnosticada durante el viaje y/o aquellas que tengan por objeto la reposición de medicamentos, cristales o lentes de cualquier tipo y lentes de contacto, por pérdida, robo u olvido de los mismos.
15. Los chequeos de todo tipo y tratamientos prolongados.
16. Los gastos de prótesis y ortesis de todo tipo, artículos de ortopedia; audífonos, anteojos, lentes de cualquier tipo, cristales y lentes de contacto, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores.
17. Los gastos de hotel, restaurantes y medios de transporte.
18. En los casos de hospitalización están excluidos los gastos que no guarden relación con la enfermedad o accidente cubiertos por esta cobertura; así como los gastos de los acompañantes del Asegurado.
19. En caso de verificarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad, y/o que el tratamiento actual tiene alguna vinculación con una dolencia previa, el Instituto queda relevado de prestar sus servicios,



**COBERTURA DE ASISTENCIA AL VIAJERO
SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #1**

de conformidad con lo previsto en las Cláusulas Accidentes y/o Enfermedades Pre-existentes y Exclusiones de las presentes condiciones.

CLAUSULA XXIV. OTROS SEGUROS

Si al ocurrir un siniestro el Asegurado tuviese otro seguro o seguros con otras compañías, que cubran total o parcialmente los mismos riesgos aquí descritos, la responsabilidad del Instituto bajo las presentes condiciones, será la que resulte de distribuir proporcionalmente las pérdidas o daños ocurridos, entre el importe aquí asegurado y el monto total de los demás seguros tomados sobre los mismos riesgos.

Cada póliza se tomará en la proporción que corresponda para efectos indemnizatorios, según sus propias condiciones.

Cuando existan seguros del Instituto concurrentes, esta póliza opera en forma complementaria y contingente, en exceso de los beneficios otorgados por otros seguros obligatorios.

CLAUSULA XXV. REGULACIONES NO CONTEMPLADAS

Para todo lo que no esté previsto en este beneficio, se aplicarán las regulaciones contenidas en la póliza INS Medical, de la cual esta cobertura forma parte integrante.

CLÁUSULA XXVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V2** de fecha **17 de noviembre del 2011**.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Colectivo)

Bienvenido a nuestro seguro INS Medical donde Usted podrá recibir atención médica tanto dentro, como fuera del país, **las veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana**, con la seguridad y el respaldo del INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS.

Para utilizar las coberturas que ofrece el Instituto con este seguro, es recomendable realizar una cuidadosa lectura de las condiciones generales de la póliza, donde se detallan los beneficios, coberturas y topes máximos asegurados. El uso de los servicios implica, por parte del asegurado o del beneficiario, el conocimiento y aceptación de dichas Condiciones Generales.

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 y no utilice la Red de Proveedores.
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.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN COSTA RICA

A. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA Y/O POR ACCIDENTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

Estas coberturas funcionarán por pago directo, previa comunicación con el Administrador de Servicios Médicos. El proveedor médico debe solicitar la pre-autorización correspondiente para que se reconozca el pago del reclamo por el sistema de pago directo.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Colectivo)

Para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores puede consultar el listado correspondiente actualizado en el sitio www.ins-cr.com o comunicarse al 800-MEDICAL (800-633 4225) o al 2284-8500.

Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro. Los gastos ambulatorios restantes serán reconocidos de acuerdo con las condiciones de este anexo. El Proveedor Médico debe solicitar la pre-autorización correspondiente, para que se reconozca el pago del reclamo por el sistema de pago directo.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. Durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el proveedor debe solicitar la pre-autorización médica y reportar el caso al número telefónico: 800-MEDICAL (800-633-4225). De esta forma el Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos y usted deberá asumir el deducible y coaseguro que correspondan, de acuerdo con lo estipulado en el contrato.

Para las atenciones ambulatorias, el Asegurado o el médico proveedor deberán comunicarse telefónicamente con el Administrador de Red para la autorización de la consulta correspondiente. En caso de requerir tratamientos adicionales, el médico proveedor deberá remitir al Administrador de Red el formulario Solicitud de Beneficios debidamente cumplimentado para la autorización correspondiente.

Cuando requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviar a los números de fax 2243-9968 ó 2284-8500, o entregar en el Instituto el formulario de Solicitud de pre-autorización para hospitalizaciones, debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

Dicha solicitud debe ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Dentro del plazo indicado el Instituto brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización al proveedor afiliado que corresponda.

Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que aún cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Colectivo)

requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

Para ambas coberturas (hospitalaria y ambulatoria), el Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, tomando en consideración que Usted deberá asumir el deducible y coaseguro estipulados en este anexo y cualquier otro gasto no cubierto, no debiendo el Asegurado pactar ni pagar honorarios adicionales.

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, con excepción de los casos de emergencia y accidentes.

B. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA Y/O POR ACCIDENTE FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Si escoge ser atendido por un profesional o centro médico no afiliado a la Red de Proveedores, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su tarjeta de identificación. Posteriormente deberá presentar al Instituto las facturas por los gastos incurridos para el debido reembolso, los cuales se indemnizarán de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados del mercado.

En caso de accidente, usted deberá cancelar el monto correspondiente a la atención médica brindada y presentar el reclamo por reembolso al Instituto. Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (100%) sin la aplicación del deducible ni coaseguro. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.

Si a consecuencia del accidente se requiera hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato para atenciones fuera de la Red de Proveedores.

C. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR REEMBOLSO PARA ATENCIONES TANTO FUERA COMO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Colectivo)

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 los requisitos que se indican en la Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN CENTRO AMERICA

A. COBERTURA DE EMERGENCIAS

Si se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la **Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero de la póliza**; usted puede acudir con el Administrador de Servicios Médicos llamando a los siguientes números telefónicos:

- ✓ Por cobrar dentro o fuera de U.S.A. **(305) 994 7989**
- ✓ Fax **(305) 463 0414**

(*) Asegurado deberá solicitar la llamada por cobrar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre. En algunos países la empresa telefónica no ofrece servicio de llamadas por cobrar, por lo que la llamada no se permite. En este caso, el asegurado deberá hacer una llamada directa al número indicado, o bien, puede comunicarse escribiendo a la siguiente dirección electrónica: **service@redbridge.cc**.

Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

- a. Su nombre y apellido.
- b. Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- c. Plan de Seguro de INS Medical que posee (Regional).
- d. Número de póliza (se encuentra anotado en su tarjeta de acreditación).
- e. Dirección y teléfono del lugar donde se encuentre.

La persona que le atiende le recomendará el centro médico más cercano al que usted puede acudir y le orientará en todo lo relacionado con su caso, los pagos por estos servicios se harán mediante pago directo.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Colectivo)**

NOTA IMPORTANTE: Recuerde que los gastos incurridos por los siguientes conceptos **NO están sujetos a reembolso**, por lo que deberá coordinarse directamente con el Administrador de Servicios Médicos:

- a. Evacuación y/o repatriación por razones médicas
- b. Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad

Los gastos incurridos por Asistencia Médica de emergencia por accidente o enfermedad se reembolsarán de acuerdo con las condiciones del contrato, para lo cual deberá presentar al Instituto los requisitos indicados en la Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

En el caso de que a consecuencia de un accidente se requiera hospitalización, usted u otra persona deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos o el Instituto durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas después de sufrir la emergencia médica y reportar el caso.

B. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO

Estas coberturas operarán de la misma forma que funcionan en la atención en Costa Rica, según lo expuesto en el apartado A de la Utilización del Seguro en Costa Rica de este procedimiento, siempre y cuando se informe al Administrador de Servicios Médicos o al Instituto, a los teléfonos o el correo electrónico citado anteriormente.

C. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO

Los gastos incurridos por la atención médica ambulatoria u hospitalaria con un Proveedor no Afiliado a la Red de Proveedores, deberá ser cancelada en su totalidad y presentar para su reembolso al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario, esto de acuerdo a los requisitos citados Cláusula Requisitos de Reclamos de las Condiciones Generales.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Colectivo)**

**LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS EN COSTA RICA Y
CENTRO AMERICA**

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: de los primeros US\$ 5.000 se reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos razonables y acostumbrados 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.

En caso de que el (los) médico (s) que realiza (n) el procedimiento es un proveedor no afiliado a la red, los honorarios se liquidarán de acuerdo con las condiciones del punto b. Hospitalización fuera de la red de proveedores, de esta cláusula.

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 Rica o Centro América y decida pagar sus gastos directamente, el Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000 de los costos razonables al ochenta por ciento (80%) y el exceso de esos US\$ 20.000 será cubierto al cien por ciento (100%), de acuerdo con lo razonable y acostumbrado, aplicando un deducible



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Colectivo)

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.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US\$ 800 y en el cuarto normal máximo US\$ 400.

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.

Fuera de Costa Rica y Centroamérica:

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización fuera de Costa Rica y Centro América, por reembolso de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados vigentes para Centro América.

La liquidación de gastos para cada hospitalización se reconocerá al setenta por ciento (70%) sobre los primeros US\$ 20.000 de gastos razonables y acostumbrados y el exceso de esos US\$ 20.000 se reembolsará a un cien por ciento (100%), aplicando un deducible del costo del primer día de tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos) con un mínimo de US\$1.000.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US\$ 1.500 y en el cuarto normal máximo US\$ 1.000.

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.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Colectivo)**

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

Fuera de Costa Rica y Centroamérica:

En los casos en que el Asegurado deba utilizar los servicios médicos ambulatorios, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Colectivo)**

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 30,00 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados.

Si el Asegurado recibe una indemnización por parte del Instituto que excede el importe que le corresponde, estará obligado a devolver de inmediato al Instituto la suma excedente; caso contrario, el Instituto deducirá dicha suma de otra cuenta por saldar que exista entre el Asegurado y el Instituto.

**LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS FUERA DE
CENTROAMERICA**

A. HOSPITALIZACIÓN

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización fuera de Costa Rica y Centro América, por reembolso de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados vigentes para Centro América y aplicando las condiciones de fuera de red.

La liquidación de gastos para cada hospitalización será: de los primeros US\$20.000 se reconocerá el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados y el exceso de esos US\$ 20.000 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) con un mínimo de \$200.00 Este deducible aplica para cada hospitalización.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US\$ 800 y en el cuarto normal máximo US\$ 400.

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.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Colectivo)**

B. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

En los casos en que el Asegurado deba utilizar los servicios médicos ambulatorios, 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.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En caso de que Usted o el comité médico asesor del Instituto requiera de una evaluación adicional de su caso, se podrá solicitar una Segunda Opinión Médica. En caso de que sea usted quien solicita la segunda opinión médica deberá:

1. Llenar el formulario denominado “Solicitud de Segunda Opinión”, adjuntando el original de la historia clínica y presentarlo al Instituto.
2. Adjuntar a la “Solicitud de Segunda Opinión Médica” los resultados de los exámenes físicos y antecedentes médicos del paciente.
3. Presentar todas las radiografías, angiografías, tomografías o exámenes actuales que estén relacionados con el caso.
4. De ser posible enviar disquetes, videos de endoscopías, o cassettes de ecocardiografías. Estos deberán tener –preferiblemente- formato NST para agilizar una respuesta.
5. En todos los casos donde el diagnóstico patológico ha sido el factor principal o que al menos ha tenido un papel importante en el diagnóstico del paciente, deberá presentar diapositivas de patología que tengan muestras de tejido o exudado para la histopatología y cualquier información respectiva.
6. Dicha solicitud será valorada por nuestros médicos asesores y si ésta procede, se le otorgarán las opciones de clínicas y médicos a las que Usted puede tener acceso, ya sea en Costa Rica o en el extranjero.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Colectivo)**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V2** de fecha **17 de noviembre del 2011**.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Individual)

Bienvenido a nuestro seguro INS Medical donde Usted podrá recibir atención médica tanto dentro, como fuera del país, **las veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana**, con la seguridad y el respaldo del INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS.

Para utilizar las coberturas que ofrece el Instituto con este seguro, es recomendable realizar una cuidadosa lectura de las condiciones generales de la póliza, donde se detallan los beneficios, coberturas y topes máximos asegurados. El uso de los servicios implica, por parte del Asegurado o del beneficiario, el conocimiento y aceptación de dichas Condiciones Generales.

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.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN COSTA RICA

1. ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O POR ACCIDENTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

Mediante este sistema usted podrá elegir la clínica, el médico, el laboratorio o la farmacia de su preferencia y presentar su tarjeta de identificación de INS Medical, para que se otorgue el descuento negociado; los pagos por este servicio serán mediante reembolso.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Individual)

Para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores puede consultar el listado correspondiente actualizado en el sitio www.ins-cr.com o comunicarse al 800-MEDICAL (800-633 4225)) ó al 2284-8500.

Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. Durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el proveedor debe solicitar la pre-autorización médica y reportar el caso al número telefónico: 800-MEDICAL (800-633-4225) ó al 2284-8500. De esta forma el Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos y usted deberá asumir el deducible y coaseguro que correspondan, de acuerdo con lo estipulado en el contrato.

2. ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O POR ACCIDENTE FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Si escoge ser atendido por un profesional o centro médico no afiliado a la Red de Proveedores, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su tarjeta de identificación. Posteriormente deberá presentar al Instituto las facturas por los gastos incurridos para el debido reembolso, los cuales se indemnizarán de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados del mercado.

En caso de accidente, usted deberá cancelar el monto correspondiente a la atención médica brindada y presentar el reclamo por reembolso al Instituto. Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (100%) sin la aplicación del deducible ni coaseguro. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.

Si a consecuencia del accidente se requiera hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato para atenciones fuera de la Red de Proveedores.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Individual)**

3. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

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

Dicha solicitud debe ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Dentro del plazo indicado el Instituto brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización al proveedor afiliado que corresponda.

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, tomando en consideración que Usted deberá asumir el deducible y coaseguro estipulados en el contrato y cualquier otro gasto no cubierto, no debiendo el asegurado pactar ni pagar honorarios adicionales.

Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que aún cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

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, con excepción de los casos de emergencia y accidentes.

4. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA FUERA DE LA RED PROVEEDORES

Bajo esta modalidad deberá cancelar todos los gastos incurridos por la hospitalización y el (los) procedimiento(s) efectuado(s) y presentar todos los documentos para reembolso al Instituto. Dicho reembolso se efectuará de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Individual)**

5. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR REEMBOLSO PARA ATENCIONES TANTO FUERA COMO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya (n) efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá (n) presentar al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario los requisitos que se indican en la Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN CENTRO AMERICA

A. COBERTURA DE EMERGENCIAS

Si se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la **Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero de la póliza**; usted puede acudir con el Administrador de Servicios Médicos llamando a los siguientes números telefónicos:

- ✓ Por cobrar dentro o fuera de U.S.A. **(305) 994 7989**
- ✓ Fax **(305) 463 0414**

(*) El Asegurado deberá solicitar la llamada por cobrar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre. En algunos países la empresa telefónica no ofrece servicio de llamadas por cobrar, por lo que la llamada no se permite. En este caso, el asegurado deberá hacer una llamada directa al número indicado, o bien, puede comunicarse escribiendo a la siguiente dirección electrónica: **service@redbridge.cc**.

Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

- a. Su nombre y apellido.
- b. Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- c. Plan de Seguro de INS Medical que posee (Regional).
- d. Número de póliza (se encuentra anotado en su tarjeta de acreditación).
- e. Dirección y teléfono del lugar donde se encuentre.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Individual)**

La persona que le atiende le recomendará el centro médico más cercano al que usted puede acudir y le orientará en todo lo relacionado con su caso, los pagos por estos servicios se harán mediante pago directo.

NOTA IMPORTANTE: Recuerde que los gastos incurridos por los siguientes conceptos **NO están sujetos a reembolso**, por lo que deberá coordinarse directamente con el Administrador de Servicios Médicos:

- a. Evacuación y/o repatriación por razones médicas
- b. Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad

Los gastos incurridos por Asistencia Médica de emergencia por accidente o enfermedad se reembolsarán de acuerdo con las condiciones del contrato, para lo cual deberá presentar al Instituto los requisitos citados en la Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

En el caso de que a consecuencia de un accidente se requiera hospitalización, usted u otra persona deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos o el Instituto durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas después de sufrir la emergencia médica y reportar el caso.

B. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO

Estas coberturas operarán de la misma forma que funcionan en la atención en Costa Rica, según lo expuesto en los apartados 1 y 3 de la Utilización del Seguro en Costa Rica de este procedimiento, siempre y cuando se informe al Administrador de Servicios Médicos o al Instituto, a los teléfonos o el correo electrónico citado anteriormente.

Dentro de la Red de Proveedores, la atención ambulatoria funciona por pago directo, previa comunicación con el Administrador de Servicios Médicos a los teléfonos que se señalan en el aparte A.

C. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO

Los gastos incurridos por la atención médica ambulatoria u hospitalaria con un Proveedor no Afiliado a la Red de Proveedores, deberá ser cancelada en su totalidad y presentar para su reembolso al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario,



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Individual)**

esto de acuerdo a los requisitos citados Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

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: de los primeros US\$ 20.000 se reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos razonables y acostumbrados y el exceso de esos US\$ 20.000 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.

En caso de que el (los) médico (s) que realiza (n) el procedimiento es un proveedor no afiliado a la red, los honorarios se liquidarán de acuerdo con las condiciones del punto b. Hospitalización fuera de la red de proveedores, de esta cláusula.

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 Rica o Centro América y decida pagar sus gastos directamente, el Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000 de los costos razonables al ochenta por ciento (80%) y el exceso de esos US\$20.000 será cubierto al cien por ciento (100%), de acuerdo con lo razonable y acostumbrado, aplicando un deducible correspondiente al costo del



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Individual)

primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos), con un mínimo de US\$200.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US\$ 800 y en el cuarto normal máximo US\$ 400.

Fuera de Costa Rica y Centroamérica:

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización fuera de Costa Rica y Centro América, por reembolso de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados vigentes para Centro América:

El Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización del setenta por ciento (70%) sobre los primeros US\$ 50.000 de gastos razonables y acostumbrados y el exceso de esos US\$ 50.000 se reembolsará a un cien por ciento (100%), aplicando un deducible del costo de un día de tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos) con un mínimo de US\$ 1.000.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US\$ 1.500 y en el cuarto normal máximo US\$ 1.000.

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 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reconocerá el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados.



**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (Individual)**

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

Fuera de Costa Rica y Centroamérica:

En los casos en que el Asegurado deba utilizar los servicios médicos ambulatorios, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 30 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados.

Si el Asegurado recibe una indemnización por parte del Instituto que excede el importe que le corresponde, estará obligado a devolver de inmediato al Instituto la suma excedente; caso contrario, el Instituto deducirá dicha suma de otra cuenta por saldar que exista entre el Asegurado y el Instituto.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (Individual)

En caso de que Usted o el comité médico asesor del Instituto requiera de una evaluación adicional de su caso, se podrá solicitar una Segunda Opinión Médica. En caso de que sea usted quien solicita la segunda opinión médica deberá:

1. Llenar el formulario denominado “Solicitud de Segunda Opinión”, adjuntando el original de la historia clínica y presentarlo al Instituto.
2. Adjuntar a la “Solicitud de Segunda Opinión Médica” los resultados de los exámenes físicos y antecedentes médicos del paciente.
3. Presentar todas las radiografías, angiografías, tomografías o exámenes actuales que estén relacionados con el caso.
4. De ser posible enviar disquetes, videos de endoscopías, o cassettes de ecocardiografías. Estos deberán tener –preferiblemente- formato NST para agilizar una respuesta.
5. En todos los casos donde el diagnóstico patológico ha sido el factor principal o que al menos ha tenido un papel importante en el diagnóstico del paciente, deberá presentar diapositivas de patología que tengan muestras de tejido o exudado para la histopatología y cualquier información respectiva.
6. Dicha solicitud será valorada por nuestros médicos asesores y si ésta procede, se le otorgarán las opciones de clínicas y médicos a las que Usted puede tener acceso, ya sea en Costa Rica o en el extranjero.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V2** de fecha **17 de noviembre del 2011**.



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #3 COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

De seguido se establecen las condiciones que rigen para la cobertura dental como deben ser aplicadas.

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. **AMALGAMA:** Es una aleación de mercurio con uno o más metales que fundidos a temperatura ambiente adoptan una cristalización característica, confiriéndole determinadas propiedades, empleada para restaurar dientes permanentes o temporales en el sector posterior.
2. **CAPIELO:** Técnica que consiste en la eliminación completa de la pulpa cameral y radicular en dientes temporales y la posterior obturación con zinquenol.
3. **CURAS FORMOCRESOLADAS:** Se basa en la aplicación de una solución de formocresol a la pulpa radicular, se coloca un apósito antiséptico (pasta trío: Oxido de Zinc, eugenol y formocresol) antes de restaurar el diente.
4. **DIAGNÓSTICO:** Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo.
5. **ENDODONCIA O TRATAMIENTO DE NERVIOS:** Procedimiento clínico para eliminar el contenido de tejido nervioso y vascular que hay dentro de los dientes anteriores y su posterior sellado con un material biocompatible. Puede ser monorradiculares, birradiculares o multirradiculares, dependiendo del número de raíces que conforman el diente.
6. **EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:** Se define como cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por esta cobertura y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia. Los tipos de emergencias son: emergencias endodónticas, emergencias periodontales, emergencias protésicas.
7. **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Corresponden con un dolor agudo en un diente o zona determinada de la cavidad bucal; obedecen al daño

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #3
COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

originado por la caries en el órgano pulpar (nervio). Pueden ir acompañadas de inflamación producto de la formación de un absceso (colección localizada de pus o acumulación de pus). Son atendidas a través de eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio monomérico de acuerdo al caso y tratamientos de conducto mono y multiradiculares.

- 8. EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Son aquellas que involucran el tejido de soporte del diente (encía y hueso). Su origen se encuentra relacionado con la enfermedad periodontal, así como a traumatismos, apretamiento y rechinado de los dientes (Bruxismo). En algunas ocasiones se presentan en forma combinada con una emergencia endodóntica. También se observa dolor, inflamación y abscesos. Son atendidas a través de una tartrectomías simples.
- 9. EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Son menos frecuentes que las emergencias periodontales y están vinculadas con pacientes portadores de prótesis fijas (coronas y puentes fijos), removibles (puentes con ganchos) y totales (planchas). Se llevan a cabo cementados provisionales o definitivo de prótesis fijas y/o reparación de prótesis removibles (únicamente sustitución de dientes). No incluye el diseño y confección de una corona o puente.
- 10. EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES:** Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.
- 11. HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) buco dentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya en el estudio de los modelos, para lo cual se toma una impresión a las arcadas dentarias del paciente (rebordes maxilares) y en un estudio radiográfico, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común).
- 12. PLAN DE TRATAMIENTO:** Secuencia de medidas terapéuticas propuestas por el odontólogo tratante para controlar la dolencia del paciente.
- 13. PRONÓSTICO:** Indicios de recuperación para un paciente cuyo diagnóstico ha sido anteriormente establecido.

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #3
COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

- 14. PULPOTOMIA EN DIENTES TEMPORALES:** En los niños, por consideraciones anatómicas, de formación y de erupción dentaria se realiza un procedimiento que consiste en la eliminación de la pulpa cameral (nervio de la corona) y aplicación de curas formocresoladas.
- 15. PULPECTOMÍA:** Eliminación de toda la pulpa cameral y de los productos radiculares.
- 16. RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA:** Es una imagen registrada en una placa o película fotográfica. En dicha imagen se pueden observar los tejidos duros del diente, evidenciando la existencia de patológicas bucales, tales como la caries dental, reabsorción ósea (pérdida de hueso), imágenes apicales entre otras.
- 17. RADIOGRAFÍA CORONAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- 18. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- 19. RESINAS FOTOCURADAS:** La resina es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos en los dientes anteriores o posteriores, conformado por un componente orgánico llamado matriz (polímeros) y un componente inorgánico formado por minerales (relleno). Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta.
- 20. TARTRECTOMÍA SIMPLE:** Procedimiento mediante el cual se retira el cálculo dental (sarro), depósitos blandos (placa) y manchas de los dientes. Este proceso se puede llevar a cabo supra o subgingivalmente.
- 21. VIDRIO IONOMÉRICO:** Material restaurador que se utiliza frecuentemente para tratar lesiones en el cuello de los dientes producidas por la migración de la encía a ese nivel lo que produce sensibilidad. Tiene propiedades estéticas que le confieren una gran aceptación desde este punto de vista. A su vez por su composición química es capaz de producir un mecanismo de adhesión al diente sumamente estable y liberar flúor, lo que a su vez le proporciona cualidades preventivas para evitar la caries.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL ANEXO #3 COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

También se utiliza para regularizar el piso de cavidades en los dientes que van a ser restaurados con amalgama o resina fotocurada, procurando una mejor distribución de las fuerzas masticatorias.

CLÁUSULA II. PERSONAS ASEGURADAS

Son todas aquellas personas que se encuentran incluidas en la póliza INS Medical Regional de la cual esta cobertura es parte integrante, tal como se define en la Cláusula Personas Aseguradas de las condiciones generales de la póliza.

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

Las coberturas que se indican en este anexo se extienden a todos los países del mundo incluyendo Costa Rica.

CLÁUSULA IV. COBERTURAS

Para efectos de esta póliza se otorgará cobertura en caso que el Asegurado sufra una emergencia odontológica tal como se define la Cláusula Términos y Definiciones de esta cobertura.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo, para lo cual deberá utilizarse el seguro de INS Medical del cual esta cobertura forma parte integrante.

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación por área de atención y tratamientos:

- a) **Medicina Bucal:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- b) **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- c) **Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- d) **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #3
COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

- e) **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multiradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- f) **Emergencias:** Protésicas, Periodontales y Endodónticas.
- g) **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

Cualquier reclamo, observación o queja en relación a los servicios prestados de las coberturas descritas anteriormente, deberá ser realizada por escrito al Instituto dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamo.

CLÁUSULA V. OPERATIVIDAD DE LA COBERTURA

Los tratamientos deberán en todos los casos ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea uno de los que están autorizados por dicha Red.

El procedimiento para atención odontológica es el siguiente:

1. En caso de que el Asegurado requiera de servicio odontológico, deberá notificarlo telefónicamente a los siguientes números o bien al correo electrónico que se indican de seguido:

Costa Rica:	800-7446227
Venezuela:	0800-7446233
Colombia:	01800-117076
Ecuador:	1800-744623
Chile:	800-331010
Perú:	0-800-10270

Para la región centroamericana (Honduras, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Panamá): +(506) 224 80235.

En el resto de los países del mundo el Asegurado debe comunicarse al siguiente número telefónico:

(571) 644 6185



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #3
COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

email: usuariocr@sigmadental.net

2. El Asegurado debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:
- a) Nombre y Apellidos.
 - b) País de Origen.
 - c) Número de Póliza.
 - d) Plan de Seguro que posee (Regional).
 - e) Número de pasaporte oficial u otros documentos que acrediten su identidad.
 - f) Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
 - g) Dirección y teléfono de lugar donde se encuentra.
 - h) Fecha de nacimiento.

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

3. En caso de emergencias nocturnas, días festivos y fines de semana, el Operador consultará el listado de doctores de guardia con la finalidad de canalizar la atención telefónica del paciente, el odontólogo dará indicaciones médicas para el momento y se gestionará la atención en el consultorio más cercano a la ubicación del Asegurado a primera hora del día siguiente. Se entiende por horario nocturno el comprendido desde las siete post meridiano (7:00 pm) y las siete de la mañana (7:00 am).
4. Una vez que el Asegurado acude a la cita programada, el odontólogo consultará con el Operador a fin de verificar que efectivamente el Asegurado cuenta con el Seguro de INS Medical vigente. Si el Asegurado no se encontrara en la base de datos de Asegurados, el Operador brindará el servicio hasta tanto se verifique que la póliza del Asegurado se encuentra vigente. Si el seguro ya no estuviera vigente, se procederá a suspender el servicio odontológico.

CLÁUSULA VI. PREEXISTENCIAS

Esta cobertura no tiene preexistencias.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #3
COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

CLÁUSULA VII. DEDUCIBLE

Para esta cobertura no se aplica ningún tipo de deducible.

CLÁUSULA VIII. EXCLUSIONES

Esta cobertura no contempla los siguientes gastos incurridos y los servicios originados como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una emergencia odontológica y que no estén expresamente indicados en la Cláusula Coberturas de este anexo.

- a) **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes; cirugía, radiología, prostodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la Cláusula Cobertura de este anexo.**
- b) **Emergencias quirúrgicas mayores originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes.**
- c) **Anestesia General o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la cobertura, luego de estar el Asegurado bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- d) **Defectos Físicos.**
- e) **Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- f) **Radioterapia o quimioterapia.**
- g) **Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en las definiciones de esta cobertura.**

No obstante lo anterior, si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en la presente cobertura, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento, respecto



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

**SEGURO INS MEDICAL REGIONAL
ANEXO #3
COBERTURA ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA X. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V2** de fecha **17 de noviembre del 2011**.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
 Dirección de Seguros Personales

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

Regional Internacional Grandes Deducibles
 Póliza Individual Póliza Colectiva

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

DATOS DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
	Nombre o razón social:					
	Tipo de identificación:				Estado Civil	
	<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula o residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso trabajo <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Institución autónoma				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro: _____	
	N° Identificación:			Ocupación actividad económica:		
	Fecha nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:	
	Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
	Provincia:		Cantón:		Distrito:	
					Escolaridad <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
	Dirección exacta:					
Calle:		Avenida:		Otras señas:		
Apartado:		Teléfono Oficina:		Teléfono Domicilio:		
Teléfono Celular:		Ingreso Mensual aproximado:		Sitio Web:		
Dirección Electrónica:		Nombre del Patrono:		Teléfono del Patrono:		
N° de Fax:		Cuenta Cliente:		Banco Emisor:		
Cantidad de Empleados: (solo para Empresas)		Edad:		Estatura: mts.		
Peso: Kgs		Incluye al Solicitante:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
DATOS DE LA PÓLIZA	¿SOLICITA CONTINUIDAD?			SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> INS Medical <input type="checkbox"/> Gastos médicos del INS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		
	SI EL SEGURO ES EXTRANJERO INDIQUE EL NOMBRE:			VIGENCIA PRIMERA CUOTA:		
				DESDE: _____ HASTA: _____ Día / Mes / Año Día / Mes / Año		
INFORMACIÓN GENERAL DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE	Se asegura por: <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> A favor de un tercero					
	1. ¿Presenta (n) algún tipo de enfermedad, tratamiento o anomalía en su salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es afirmativa, explique _____					
	2. ¿Ha sido rechazado, pospuesto o no renovado algún seguro de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización o aceptada pero sujeta a exclusiones o a sobreprimas sobre las tarifas estándar del asegurador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es Sí, indique el tipo de seguro respectivo _____					
	3. ¿Ha recibido o está recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es Sí, indique por qué conceptos _____					
	4. ¿Utiliza bebidas alcohólicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique su clase _____ cantidad _____ y frecuencia _____					
	5. ¿Usa algún tipo de droga, medicamento? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Sí, detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____					

INFORMACIÓN GENERAL DEL DEPENDIENTE SOLICITANTE

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

Cantidad diaria: _____

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

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

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

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

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

11. ¿En los últimos 12 meses se ha realizado algún tipo de exámenes para diagnóstico; ultrasonido, tomografía, radiografías, laboratorios, cateterismos cardíacos, etc, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? SI NO

Favor detallar lo preguntado _____

12. ¿En los últimos 12 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz? SI NO Favor detallar lo preguntado _____

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

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

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

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

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

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

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

En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación

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

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

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

BENEFICIARIOS

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

NOTIFICACIONES	Señale el medio por el cual desea ser notificado:
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____ <input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____ _____ <i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i>

DECLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES	<p>Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.</p>
	<p>El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.</p> <p>Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que el seguro sea aceptado por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p> <p>La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-092 de fecha 05 de enero del 2010 .</p>

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

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-092 de fecha 05 de enero del 2010 .

_____ Firma y No. de identificación del Solicitante	LUGAR: _____ FECHA: _____	_____ Nombre Intermediario _____ Firma y número de Intermediario
--	----------------------------------	---

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES

Fecha de aceptación:

ACEPTADA:	AUTORIZADO:
-----------	-------------



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Dirección de Seguros Personales

FORMULARIO A
SOLICITUD DE SEGURO INS MEDICAL
REGIONAL PARA SOLICITANTE DIRECTO

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

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

DATOS DE LA PÓLIZA	¿SOLICITA CONTINUIDAD?		SI EL SEGURO ES NACIONAL MARQUE EL NOMBRE DEL SEGURO:		SI EL SEGURO ES EXTRANJERO INDIQUE EL NOMBRE:	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> INS Medical <input type="checkbox"/> Gastos médicos del INS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____			
	<input type="checkbox"/> 12 Anual <input type="checkbox"/> 01 Mensual (colectivos)		FORMA DE PAGO: <input type="checkbox"/> 06 Semestral <input type="checkbox"/> 03 Trimestral		VIGENCIA PRIMERA CUOTA: DESDE: _____ HASTA: _____ Día / Mes / Año Día / Mes / Año	
	RECARGOS POR PAGO FRACCIONADO DE PRIMA					
	Cuando la forma de pago elegida sea diferente de un pago anual, el asegurado deberá pagar una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado de acuerdo con el porcentaje que se indica a continuación:					
	Forma de Pago Mensual: 9%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,09 y se divide entre 12.				US\$	
	Forma de Pago Trimestral: 7%, para lo cual se multiplica la prima anual por 1,07 y se divide entre 4.				US\$	
	Forma de Pago Semestral: 5% para lo cual se multiplica la prima anual por 1,05 y se divide entre 2.				US\$	
	<input type="checkbox"/> Hasta 70 años: US\$ 200.000		<input type="checkbox"/> Mayor 70 años: US\$ 60.000			
	Coberturas Adicionales <input type="checkbox"/> Cobertura de Cáncer: Hasta 70 años: US \$ 200.000 <input type="checkbox"/> Cobertura de Enfermedades y Accidentes Graves: US \$ 200.000 NOTA: Las coberturas adicionales son excluyentes.					
¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Nombre de la compañía _____				N° de póliza _____		
¿Piensa continuar con la otra aseguradora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Se asegura por: <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> A favor de un tercero						

DEPENDIENTES A ASEGURAR MENORES DE 18 AÑOS	Nombre Completo	Parentesco	Edad	Peso Kgs	Estatura mts.

Si algunos miembros de la familia no se incluyen, indique el motivo: _____
 Para cada solicitante dependiente deberá completarse la información que se solicita en el formulario "Dependientes Solicitantes", que se adjunta en la parte final de esta solicitud.
Nota: En caso de que existan solicitantes dependientes mayores de 18 años, deberán completar el formulario "Solicitud de Seguro INS Medical Regional para Solicitante Dependiente Mayor de 18 años de edad".

1. ¿Presenta (n) algún tipo de enfermedad, tratamiento o anomalía en su salud? SI NO Si su respuesta es afirmativa, explique

2. ¿Han sido rechazados, pospuestos o no renovados algunos seguros de enfermedad, accidentes, vida o de hospitalización, o aceptada pero sujeta a exclusiones o a sobreprimas sobre las tarifas estándar del asegurador? SI NO Si la respuesta es Sí, indique quién (es) _____ y el tipo de seguro respectivo

3. ¿Han recibido o están recibiendo indemnización por enfermedad o accidente? SI NO Si su respuesta es Sí, indique quién (es) _____ y por qué conceptos _____

4. ¿Utilizan bebidas alcohólicas? SI NO Indique quién (es) _____
asi como su clase _____ cantidad _____ y frecuencia _____
5. ¿Usan algún tipo de droga, medicamento? SÍ NO Si su respuesta es Sí, indique ¿Quién (es)? _____
Detalle: frecuencia _____ cantidad _____ motivo _____
6. ¿Alguna vez han fumado? SÍ NO Si su respuesta es Sí, ¿Quién (es)? _____
Indique: ¿Hace cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria: _____
7. ¿Dejaron de fumar? SÍ NO Si la respuesta es Sí, ¿Quién (es)? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____
8. ¿Se encuentra el solicitante, su cónyuge o dependiente en estado de embarazo? SI NO Si su respuesta es Sí, ¿Quién (es)? _____
Indique el número de semanas de gestación. _____
9. ¿Qué intervenciones quirúrgicas han tenido?. ¿Quién (es)? _____ Declare causa, fechas, hospitales, clínicas y cirujanos.

10. ¿En los últimos 12 meses, han tenido algún tipo de consulta médica? SI NO ¿Quién (es)? _____
Detalle el motivo _____
¿Qué le indicó el médico que tenía? _____ Nombre del médico tratante _____
11. ¿En los últimos 12 meses se han realizado algún tipo de exámenes para diagnóstico: ultrasonido, tomografía, radiografías, laboratorios, cateterismos cardíacos, etc, por el que esté esperando resultado o le han indicado hacérselo? SI NO ¿Quién (es)? _____
Favor detallar lo preguntado _____
12. ¿En los últimos 12 meses su salud ha tenido alguno de los siguientes cambios: variaciones en el peso, decaimiento, palidez, algún tipo de dolor, aparición de pelotas o tumoraciones, manchas anormales en la piel, sangrados anormales por la vagina, o algún tipo de sangrado por el recto, la boca o la nariz? SI NO ¿Quién (es)? _____
Favor detallar lo preguntando _____
13. ¿Han padecido cáncer anteriormente? SI NO ¿Quién (es)? _____ dar detalles: tipo, cuándo, dónde fue atendido y si aún cuenta con algún tratamiento:

14. ¿Han tenido exámenes alterados en el pasado? SI NO ¿Quién (es)? _____ (cuáles, cuándo y dónde se realizaron)

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

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

En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación

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

BENEFICIARIOS	<p>EXPRESAR CLARAMENTE LOS NOMBRES Y APELLIDOS; PARENTESCO O INTERÉS CON EL SOLICITANTE:</p> <p>Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un menor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.</p> <p>Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.</p>							
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
	Fecha de Nacimiento:	Dirección:		Otras señas:				
		Provincia:	Cantón:					
	Nombre:		Identificación:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Porcentaje: %	Teléfono:	Ocupación:
Fecha de Nacimiento:	Dirección:		Otras señas:					
	Provincia:	Cantón:						
NOTIFICACIONES	<p>Señale el medio por el cual desea ser notificado:</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Fax: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Apartado o Dirección: _____</p> <p>_____</p> <p><i>Recuerde mantener actualizados sus datos.</i></p>							
	<p>DECLARACIÓN DE LOS SOLICITANTES</p> <p>Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar la póliza, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.</p>							
<p>El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se le informará en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto le dará respuesta en un plazo no mayor a dos (2) meses.</p>								
<p>Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que el seguro sea aceptado por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.</p> <p>La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-113 de fecha 27 de enero del 2010 .</p>								
<p>_____</p> <p>Firma y No. de identificación del Solicitante</p>		<p>LUGAR: _____</p> <p>FECHA: _____</p>		<p>_____</p> <p>Nombre Intermediario</p> <p>_____</p> <p>Firma y número de Intermediario</p>				
ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS								
OBSERVACIONES O EXCLUSIONES								
Fecha de aceptación:								
ACEPTADA:				AUTORIZADO:				



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales Dependientes Solicitantes

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales Dependientes Solicitantes

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



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales Dependientes Solicitantes

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