

# *Instituto Nacional de Seguros*

## Seguro de Gastos Médicos del INS

**Código de producto: P16-35-A01-143**

**Versión 2**

**Fecha de registro V2: 05-nov-12**

**Oficio de solicitud de registro V2: G-05167-2012**

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### ÍNDICE DE CONTENIDO

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO .....	2
CONDICIONES GENERALES .....	3
CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO .....	3
CLÁUSULA IV. ÁMBITO DE COBERTURA .....	4
CLÁUSULA V. DEFINICIONES .....	4
CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA .....	10
CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	10
CLÁUSULA VIII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN .....	11
CLÁUSULA IX. COBERTURAS .....	11
CLÁUSULA X. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO .....	15
CLÁUSULA XI. PERÍODO DE CARENCIA .....	16
CLÁUSULA XII. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS .....	17
CLÁUSULA XIII. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR) .....	18
CLÁUSULA XIV. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO) .....	19
CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES .....	21
CLÁUSULA XVI. AUDITORIA MÉDICA .....	21
CLÁUSULA XVII. COASEGURO .....	21
CLÁUSULA XVIII. GASTOS NO CUBIERTOS .....	21
CLÁUSULA XIX. RIESGOS NO CUBIERTOS .....	24
CLÁUSULA XX. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO .....	25
CLÁUSULA XXI. PAGO DE LA PRIMA .....	25
CLÁUSULA XXII. PERÍODO DE GRACIA .....	26
CLÁUSULA XXIII. RENOVACIÓN .....	26
CLÁUSULA XXIV. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA .....	26
CLÁUSULA XXV. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA .....	27
CLÁUSULA XXVI. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA .....	27
CLÁUSULA XXVII. PRIVILEGIO DE CONTINUIDAD .....	28
CLÁUSULA XXVIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO .....	30
CLÁUSULA XXIX. REPORTES DEL TOMADOR DE SEGURO .....	30
CLÁUSULA XXX. ENTREGA DE CONTRATOS .....	31
CLÁUSULA XXXI. PROVEEDORES AFILIADOS .....	31
CLÁUSULA XXXII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	31
CLÁUSULA XXXIII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS .....	32
CLÁUSULA XXXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO .....	32
CLÁUSULA XXXV. COMUNICACIONES .....	32
CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN .....	32
CLÁUSULA XXXVII. OTROS SEGUROS .....	32
CLÁUSULA XXXVIII. PRESCRIPCIÓN .....	33
CLÁUSULA XXXIX. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	33
CLÁUSULA XL. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	33
CLÁUSULA XLI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES .....	33
CLÁUSULA XLII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN .....	34
CLÁUSULA XLIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS .....	34

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

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

La Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

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

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

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**



Guillermo Vargas Roldán  
Subgerente

**Cédula Jurídica 400000-1902-22**

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO**

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA**

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

#### **CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

#### **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 dañoso 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 DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### CLÁUSULA IV. ÁMBITO DE COBERTURA

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

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

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

### CLÁUSULA V. DEFINICIONES

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

1. **ACCIDENTE:** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo este contrato.
2. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es la figura del Instituto que administra la Red de Proveedores a nivel nacional y coordina los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el Asegurado lo requiera.
3. **ASEGURADO:** Toda persona protegida por esta póliza. En la modalidad colectiva es toda persona que:
  - a) Sea una persona física,
  - b) Haya sido reportada por el Tomador del seguro y aceptada por el Instituto.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

4. **ASEGURADO DIRECTO:** Persona asegurada que suscribe esta póliza.
5. **ASEGURADO NOMINAL:** Persona que suscribe y paga la póliza a nombre de otra como responsable, pero que no goza de los beneficios de la misma.
6. **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.
7. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
8. **CIRUGÍA PROGRAMADA O ELECTIVA:** Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que, aun cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.
9. **COASEGURO:** Es el porcentaje específico que se aplica a los gastos cubiertos en caso de siniestro, el cual deberá cancelar cada Asegurado. Su base de cálculo es sobre el total del monto que el Instituto haya considerado como procedente para la atención o tratamiento derivado de un padecimiento o accidente.
10. **CONSULTA MÉDICA:** Valoración física que efectúa el médico tratante al paciente. Comprende historia clínica, examen físico, prescripción para el tratamiento o pruebas de diagnóstico y valoración para referencia.
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, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- 13. DEPENDIENTE:** Se consideran como dependientes asegurables a las siguientes personas:
- a. El cónyuge o, en su defecto, la persona que, en calidad de conviviente del Asegurado Directo está reconocida como tal, según lo indicado en el Código de Familia.
  - b. Los hijos del Asegurado, ya sean de él mismo, del cónyuge o de ambos, siempre que sean solteros, que a la fecha del siniestro dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes. Adicionalmente debe cumplir con lo estipulado en la Cláusula Requisitos de Aseguramiento, punto 1 Edades de Contratación.
- 14. DEPORTES DE ALTO RIESGO:** Son todas aquellas actividades recreativas o deportivas que presentan mayor peligro de accidente para quienes las practican, sea por frecuencia o por severidad.
- 15. DEPORTES PROFESIONALES:** Son todas aquellos deportes donde el Asegurado participa voluntariamente por competición, dentro del ámbito de una organización o Club y a cambio recibe una remuneración.
- 16. DISPUTABILIDAD:** Cláusula defensiva, que permite a la compañía de seguros investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la muerte de un Asegurado antes de cumplir el plazo establecido en la cobertura de muerte de las condiciones generales del seguro de gastos médicos. Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la inclusión del Asegurado y el siniestro ocurre antes del plazo indicado, permite liberar su responsabilidad de pago.
- 17. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 18. 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.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- 19. ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.
- 20. ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido:
- Diagnosticada por un médico; o
  - De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
- 21. FARMACIA:** Todo establecimiento comercial autorizado legalmente para el expendio de medicamentos.
- 22. FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CASTRÓFICO:** Manifestación violenta y destructiva de la fuerza de la naturaleza, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
- 23. GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
- 24. GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
- 25. 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.
- 26. GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos médicos erogados por el Asegurado y aprobados por el Instituto que resulten de la ocurrencia de un evento o enfermedad amparable por esta póliza y que sean indispensables en el diagnóstico o tratamiento de los mismos.
- 27. HOSPITAL O CLÍNICA:** Establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- 28. HOSPITALIZACIÓN.** Es cuando un Asegurado es ingresado en un hospital, registrado como paciente de cama, por un período continuo no menor de veinticuatro (24) horas.
- 29. LABORATORIO:** Todo establecimiento autorizado para realizar exámenes por un microbiólogo o técnico en microbiología debidamente autorizado por el colegio respectivo.
- 30. 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.
- 31. MÉDICO U ODONTÓLOGO:** Profesional autorizado legalmente por el colegio respectivo para ejercer en el campo de medicina u odontología.
- 32. MORBILIDAD:** Es la frecuencia de la aparición de enfermedades y se describe como el número total de enfermedades, problemas de salud o condición incapacitante que acontecen durante un período de tiempo para una población o lugar determinado.
- 33. PERÍODO DE CARENCIA:** Período de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las garantías previstas.
- 34. PERÍODO DE GRACIA:** Es el período después del vencimiento de la póliza, durante el cual ésta puede ser pagada sin el cobro de intereses ni recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.
- 35. PÓLIZA:** Es el documento que contiene las Condiciones Generales, Particulares y los Adenda que rigen la póliza.
- 36. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Es la autorización que se otorga al proveedor de servicios médicos, previo al ingreso o tratamiento de un Asegurado para una hospitalización, cirugía programada, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.
- 37. PRIMA:** Precio pactado por el seguro contratado.
- 38. PROVEEDOR AFILIADO:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud. Existen dos tipos de proveedor:

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- a. Tipo A: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos mayores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
  - b. Tipo B: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos menores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
- 39. PROVEEDOR NO AFILIADO:** Es la persona física o jurídica que no está autorizada por el Administrador de Servicios Médicos. El Asegurado puede recibir bienes o servicios de salud de un proveedor no afiliado.
- 40. RETICENCIA:** Ocultación maliciosa de forma parcial o total efectuada por el Asegurado al realizar las declaraciones sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.
- 41. TARIFAS A CORTO PLAZO:** Es el porcentaje de la prima no devengada que se devuelve una vez considerado el gasto administrativo.
- 42. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN:** Es el carné que identifica a cada Asegurado cuando suscribe el seguro, en el cual se detalla su nombre, monto asegurado, número de póliza y fecha de emisión del seguro. Una vez perfeccionado el contrato, el Instituto entregará el carné a cada Asegurado.
- 43. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona jurídica que contrata el seguro y traslada los riesgos.
- 44. TRANSPORTE TERRESTRE EN AMBULANCIA:** Servicio de transporte terrestre del paciente asegurado, en vehículos debidamente equipados para atender y trasladar enfermos.
- 45. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL:** Se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicios relacionados (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:
- a. Estar en la fase I, II ó III de experimentación para aprobación, según la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- 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.

### CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA

La suma asegurada para cada uno de los asegurados de esta póliza es definida por el Tomador del seguro y es la que se indica en las Condiciones Particulares.

### CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Este es un seguro de gastos médicos renovable. El monto asegurado se reinstala cada año póliza. La vigencia es desde la fecha de emisión, contada a partir del 00:00 horas del día en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima respectiva, hasta el 31 de diciembre de cada año. Posteriormente, el seguro se renueva cada 1° de enero, por un año.

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### CLÁUSULA VIII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Las pólizas colectivas se podrán contratar en las siguientes modalidades:

**1. Contributiva**

Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.

**2. No Contributiva**

El Tomador del seguro paga la totalidad de la prima.

La modalidad contratada se definirá en las Condiciones Particulares.

### CLÁUSULA IX. COBERTURAS

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

**1. COBERTURA A**

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

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

**2. COBERTURA B**

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

**a. Servicios de Hospitalización**

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

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

### **b. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatoria**

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

### **c. Cuidados de Enfermería en el Hogar**

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

### **d. Terapias Especiales**

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

### **e. Exámenes Especiales**

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

### **f. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria**

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### **g. Aparatos de Apoyo**

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

#### **i. Enfermedad:**

Aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.

#### **ii. Incapacidad:**

Pago de alquiler de muletas, silla de ruedas, cama especial para enfermo y otros aparatos similares para el tratamiento de la incapacidad física.

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

### **h. Transporte terrestre en ambulancia.**

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

## **3. COBERTURA EN CASO DE MUERTE**

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

Esta cobertura se otorgará, siempre y cuando el Asegurado no haya superado la edad de setenta y cinco (75) años al momento del evento, la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones de esta póliza y la cobertura de muerte no haya sido excluida en el aseguramiento.

### **a. Disputabilidad**

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

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

### **b. Suicidio**

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

### **c. Beneficiarios**

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

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

Advertencia:

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

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

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### 4. COBERTURA DE MATERNIDAD

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

Incluye los siguientes gastos:

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

### CLÁUSULA X. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO

#### 1. Edades de contratación

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

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

#### 2. Aseguramiento

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

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

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se debe informar al Asegurado en un plazo máximo de

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

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 XI. PERÍODO DE CARENCIA

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

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

Se exceptúan los casos de continuidad contemplados en la Cláusula de Privilegio de Continuidad, cuyos gastos serán reconocidos desde la fecha de inclusión de la póliza.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### CLÁUSULA XII. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS

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

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

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

#### 1. Pago Directo al Proveedor:

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

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

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

#### 2. Pago por Reembolso:

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

Asimismo, se reembolsarán los siguientes gastos:

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

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

### 3. Liquidación de gastos:

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

#### a. Costos Razonables por Tratamientos Ambulatorios:

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

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

#### b. Costos Razonables por Hospitalización:

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

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

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

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

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

Cuando el Asegurado requiera atención médica hospitalaria, quirúrgica, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y/o medicina del dolor, como

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO**

consecuencia de una enfermedad o un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado o su intermediario de seguros deberá enviar a la Sede del Instituto en que realiza el trámite, previo a la hospitalización, cirugía o tratamiento lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

### **CLÁUSULA XIV. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO)**

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

Cuando se produzca un evento que pudiese dar lugar a una solicitud de indemnización por reembolso bajo esta póliza, el Asegurado o beneficiario

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

deberán presentar al Instituto o al Intermediario dentro del término de sesenta (60) días naturales siguientes a dicho evento, los siguientes requisitos:

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

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

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

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

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

### **2. En caso de fallecimiento por accidente o enfermedad:**

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

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

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por el Instituto para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

plazo el Asegurado o beneficiario deberán aportar los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

### **CLÁUSULA XV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES**

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

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

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

### **CLÁUSULA XVI. AUDITORIA MÉDICA**

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

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

### **CLÁUSULA XVII. COASEGURO**

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

### **CLÁUSULA XVIII. GASTOS NO CUBIERTOS**

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

- 1. Trastornos mentales y sus manifestaciones clínicas, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.**
- 2. Tratamientos para la prevención y curación por alcoholismo o drogadicción.**

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

3. Atenciones odontológicas, excepto el tratamiento necesario en caso de un accidente cubierto por esta póliza.
4. Aparatos en sustitución o apoyo de piezas dentales, excepto en caso de accidente cubierto por la póliza.
5. Aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.
6. Trastornos de la refracción visual.
7. Bienes o servicios referidos a la implementación de métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar.
8. Estudios, procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial.
9. Estudios, procedimientos o tratamientos orientados a modificar el sexo.
10. Enfermedades venéreas y sus consecuencias, orgánicas o funcionales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (H.I.V.), en sus diversas etapas.
11. Tratamientos o complicaciones derivados de:
  - a. Pre-menopausia y climaterio
  - b. Dermatitis atópica y acné
  - c. Pie plano, genu valgo y genu varo
  - d. Alopecia
  - e. Estrés y fatiga
12. Gastos por tratamientos del sobrepeso y la obesidad, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto las enfermedades en las cuales éstos actúan únicamente como factor contribuyente.
13. Gastos incurridos, tratamientos o consultas por cirugía estética. Se exceptúa la cirugía reconstructiva para corregir lesiones, deformaciones o enfermedades cubiertas por esta póliza.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

14. Enfermedades pre-existentes conforme con lo indicado en su definición, independientemente de que sean emergencias o no.
15. Atención médica u hospitalaria a causa de embarazo en hijas u otras dependientes económicas, excepto la cónyuge o conviviente asegurada.
16. Tratamientos no prescritos u ordenados por el médico u odontólogo tratante, o bien, tratamientos que si sean prescritos pero no relacionados con el diagnóstico que se está tratando al amparo de esta póliza.
17. Tratamientos prescritos u ordenados en exceso de períodos mayores de noventa (90) días.
18. Valoración para comprobar el estado de salud, tratamientos preventivos, reconstituyentes y vacunas.
19. Lesiones o padecimientos que el Instituto expresamente indique como exclusión al Asegurado, en las condiciones particulares de esta póliza.
20. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente póliza.
21. Artículos no prescritos médicamente y que no son necesarios para la atención del paciente.
22. Uso o alquiler de equipo no contemplado expresamente en la Cláusula Coberturas.
23. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial, como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
24. Gastos incurridos por el Asegurado por bienes o servicios suministrados por personas que no sean médicos profesionales o no considerados médicamente necesarios.
25. Gastos incurridos por el Asegurado en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

26. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
27. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.
28. Gastos incurridos por acompañantes del paciente Asegurado.
29. Tratamientos experimentales, exceptuando los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, los cuales sólo serán cubiertos con la previa aprobación del Instituto.
30. Trastornos generalizados del desarrollo.
31. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), suplementos alimenticios o energizantes.

### CLÁUSULA XIX. RIESGOS NO CUBIERTOS

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

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
2. Fusión o fisión nuclear.
3. Autolesión deliberada, tentativas de suicidio u homicidio, participación en actos de guerra o terroristas, revolución, conmoción civil, conspiración, tumulto, motines, delitos, duelos y riñas. Se exceptúa la legítima defensa.
4. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra viajando en medios no terrestres de transporte, que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a ruta fija, legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

5. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre conduciendo sin la licencia habilitante, o cuando viaje como piloto o pasajero de algún vehículo de carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad.
6. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, drogas ilegales, psicotrópicos o estupefacientes.
7. Accidentes en la práctica de los deportes:
  - a. Cuando se realicen en cualquier tipo de torneos.
  - b. Deportes de alto riesgo y deportes profesionales como: motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, toreo, fútbol, boxeo, bungee jumping, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, sky walk o sky trek, buceo recreativo, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, automovilismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro, tauromaquia, equitación y demás deportes profesionales.
8. Accidentes en la práctica de la exploración de cuevas, cavernas y volcanes.

### CLÁUSULA XX. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

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

### CLÁUSULA XXI. PAGO DE LA PRIMA

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

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

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

### CLÁUSULA XXII. PERÍODO DE GRACIA

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

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

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

### CLÁUSULA XXIII. RENOVACIÓN

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

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

### CLÁUSULA XXIV. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO**

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

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

### **CLÁUSULA XXV. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA**

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

### **CLÁUSULA XXVI. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA**

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

1. Solicitud expresa del Tomador del seguro con al menos un mes de antelación a la fecha de cancelación. En tal caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha posterior señalada expresamente por el Tomador del seguro. La fecha de cancelación no podrá ser anterior a la fecha en que recibe el aviso.

El Instituto devolverá la prima no devengada calculada de conformidad con la tabla de tasas de corto plazo que se encontrase vigente a la fecha de la solicitud de la cancelación. Sin embargo, si hay coberturas afectadas por indemnización la prima se considerará como totalmente devengada.

2. Uso indebido de la tarjeta de identificación.
3. 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.
4. Para los dependientes del Asegurado Directo (excepto el cónyuge o conviviente), en la fecha de renovación en que hayan cumplido los veinticinco

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

(25) años de edad, o que dejen de ser dependientes económicos, lo que ocurra primero.

5. No se pague la prima correspondiente.
6. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
7. Finalice la vigencia de la póliza.

### CLÁUSULA XXVII. PRIVILEGIO DE CONTINUIDAD

1. En caso de que un Asegurado desee o requiera trasladarse a otra póliza de este mismo plan de seguro, dentro de un mismo año póliza, ya sea individual o colectiva (colectivo natural u obrero patronal), con las mismas coberturas y mismo monto asegurado, el Instituto le permitirá trasladarse, sin necesidad de pruebas médicas, sujeto a lo siguiente:
  - a. Su antigüedad en esta póliza sea mayor o igual a dos (2) años.
  - b. Su edad sea menor de setenta (70) años, si se trata del Asegurado Directo o su cónyuge.
  - c. Su edad sea menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus hijos dependientes.
  - d. Realice su solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.
  - e. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en esta póliza y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del Asegurado en la nueva póliza.
  - f. Si al Asegurado ya se le habían amparado reclamaciones durante el año póliza, éstas se considerarán como monto incurrido en la nueva póliza.
2. En caso de que un Asegurado desee o requiera trasladarse a otra póliza de este mismo plan de seguro, con un monto asegurado mayor, el Instituto le otorgará continuidad, siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- a. Presente todos los requisitos de asegurabilidad que solicite el Instituto para su aceptación.
  - b. Su antigüedad en esta póliza sea mayor o igual a dos (2) años.
  - c. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del Asegurado Directo o su cónyuge
  - d. Su edad sea menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus hijos dependientes.
  - e. Realice su solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.
  - f. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en esta póliza y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del Asegurado en la nueva póliza.
  - g. La nueva póliza o seguro contratado entrará en vigencia a partir de la próxima renovación anual.
  - h. Todos los padecimientos tratados con el seguro sustituido, quedarán limitados al monto asegurado anterior.
3. No obstante lo anterior, se presentan los siguientes casos de excepción:

Cuando un Asegurado tiene un seguro individual y pasa a formar parte de una póliza colectiva de carácter obrero patronal que tiene suscrito un monto de seguro superior al que tiene el Asegurado en el seguro individual; o bien, el caso de un Asegurado que se encuentra en una póliza colectiva y pasa a formar parte de otro grupo colectivo obrero patronal, el Instituto le permitirá continuar con las coberturas de esta póliza, sin necesidad de pruebas médicas, sujeto a lo siguiente:

- a. La presentación de la prueba de que se está trasladando a una colectiva obrero-patronal cuando corresponda.
- b. Su antigüedad en esta póliza sea mayor o igual a dos (2) años.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

- c. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del Asegurado Directo o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus hijos dependientes.
- d. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en esta póliza y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del asegurado en la nueva póliza.
- e. Si al Asegurado ya se le habían amparado reclamaciones durante el año póliza, éstas se consideran como monto incurrido en la nueva póliza.
- f. Todos los padecimientos tratados con el seguro sustituido, quedarán limitados al monto asegurado anterior.

Cuando el Asegurado haga uso de esta cláusula, le serán eliminados los períodos de carencia.

### CLÁUSULA XXVIII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

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

### CLÁUSULA XXIX. REPORTES DEL TOMADOR DE SEGURO

1. El Tomador del Seguro deberá presentar al Instituto la siguiente información:
  - a) **Inclusiones:** Solicitud de aseguramiento debidamente cumplimentada por el Solicitante, formulario de Autorización para consulta de expedientes y carta formal firmada por el Tomador con la solicitud de inclusión.
  - b) **Exclusiones:** Carta firmada por el Tomador de Seguro en la que solicita la exclusión del Asegurado, indicando nombre completo, número de cédula, número de póliza y fecha de exclusión.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO

### CLÁUSULA XXX. ENTREGA DE CONTRATOS

El Instituto entregará a cada Asegurado de forma personal o mediante el intermediario de seguros, la siguiente documentación: condiciones generales, tarjeta de identificación y los adenda (en los casos que corresponda).

### CLÁUSULA XXXI. PROVEEDORES AFILIADOS

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

### CLÁUSULA XXXII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

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

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO**

### **CLÁUSULA XXXIII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS**

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

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

### **CLÁUSULA XXXIV. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO**

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

### **CLÁUSULA XXXV. COMUNICACIONES**

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

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

### **CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN**

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

### **CLÁUSULA XXXVII. OTROS SEGUROS**

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO**

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 XXXVIII. 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 XXXIX. LEGISLACIÓN APLICABLE**

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

### **CLÁUSULA XL. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

### **CLÁUSULA XLI. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS**

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

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS COLECTIVO**

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

### **CLÁUSULA XLII. 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 XLIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-143-VLRCS de fecha 14 de noviembre del 2011.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### ÍNDICE DE CONTENIDO

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO .....	2
CONDICIONES GENERALES .....	3
CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA .....	3
CLÁUSULA III. DERECHO DE RETRACTO .....	3
CLÁUSULA IV. ÁMBITO DE COBERTURA .....	4
CLÁUSULA V. DEFINICIONES.....	4
CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA.....	10
CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA .....	11
CLÁUSULA VIII. COBERTURAS .....	11
CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO .....	15
CLÁUSULA X. PERÍODO DE CARENCIA.....	16
CLÁUSULA XI. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS .....	16
CLÁUSULA XII. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR) .....	18
CLÁUSULA XIII. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO).....	19
CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....	20
CLÁUSULA XV. AUDITORIA MÉDICA.....	21
CLÁUSULA XVI. COASEGURO .....	21
CLÁUSULA XVII. GASTOS NO CUBIERTOS.....	21
CLÁUSULA XVIII. RIESGOS NO CUBIERTOS.....	24
CLÁUSULA XIX. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO .....	25
CLÁUSULA XX. PAGO DE LA PRIMA.....	25
CLÁUSULA XXI. PERÍODO DE GRACIA.....	25
CLÁUSULA XXII. RENOVACIÓN .....	26
CLÁUSULA XXIII. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA .....	26
CLÁUSULA XXIV. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA.....	26
CLÁUSULA XXV. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.....	26
CLÁUSULA XXVI. PRIVILEGIO DE CONTINUIDAD .....	27
CLÁUSULA XXVII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	29
CLÁUSULA XXVIII. PROVEEDORES AFILIADOS .....	30
CLÁUSULA XXIX. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO .....	30
CLÁUSULA XXX. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS .....	30
CLÁUSULA XXXI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.....	30
CLÁUSULA XXXII. COMUNICACIONES.....	31
CLÁUSULA XXXIII. SUBROGACIÓN.....	31
CLÁUSULA XXXIV. OTROS SEGUROS.....	31
CLÁUSULA XXXV. PRESCRIPCIÓN.....	31
CLÁUSULA XXXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE .....	32
CLÁUSULA XXXVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS .....	32
CLÁUSULA XXXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS .....	32
CLÁUSULA XXXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	32
CLÁUSULA XL. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	33

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS  
(INDIVIDUAL)**

**ACUERDO DE ASEGURAMIENTO**

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

La Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el **Asegurado** deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando en 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  
Subgerente

**Cédula Jurídica 400000-1902-22**

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)**

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA I. BASES DE LA PÓLIZA**

Esta póliza se emite en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado en la solicitud, al reconocimiento médico si lo hubiere y cualesquiera otras declaraciones necesarias para la emisión y el pago de la prima estipulada.

Constituyen esta póliza: la cotización de seguro aceptada por el Asegurado, la solicitud de seguro, las condiciones particulares y generales, las declaraciones de asegurabilidad expresadas en los cuestionarios, así como los adenda; los cuales son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

#### **CLÁUSULA II. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

Si al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá devolverla en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones. Si el 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 dañoso 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 DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### CLÁUSULA IV. ÁMBITO DE COBERTURA

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

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

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

### CLÁUSULA V. DEFINICIONES

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

1. **ACCIDENTE:** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo este contrato.
2. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es la figura del Instituto que administra la Red de Proveedores a nivel nacional y coordina los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el Asegurado lo requiera.
3. **ASEGURADO:** Toda persona protegida por esta póliza y que puede ser simultáneamente el Tomador del seguro.
4. **ASEGURADO DIRECTO:** Persona asegurada que suscribe esta póliza.
5. **ASEGURADO NOMINAL:** Persona que suscribe y paga la póliza a nombre de otra como responsable, pero que no goza de los beneficios de la misma.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

6. **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.
7. **BENEFICIARIO:** Persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto.
8. **CIRUGÍA PROGRAMADA O ELECTIVA:** Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que, aun cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.
9. **COASEGURO:** Es el porcentaje específico que se aplica a los gastos cubiertos en caso de siniestro, el cual deberá cancelar cada Asegurado. Su base de cálculo es sobre el total del monto que el Instituto haya considerado como procedente para la atención o tratamiento derivado de un padecimiento o accidente.
10. **CONSULTA MÉDICA:** Valoración física que efectúa el médico tratante al paciente. Comprende historia clínica, examen físico, prescripción para el tratamiento o pruebas de diagnóstico y valoración para referencia.
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, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.
13. **DEPENDIENTE:** Se consideran como dependientes asegurables a 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.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

- b. Los hijos del Asegurado, ya sean de él mismo, del cónyuge o de ambos, siempre que sean solteros, que a la fecha del siniestro dependan económicamente del Asegurado y sean estudiantes. Adicionalmente debe cumplir con lo estipulado en la Cláusula Requisitos de Aseguramiento, punto 1 Edades de Contratación.
- 14. DEPORTES DE ALTO RIESGO:** Son todas aquellas actividades recreativas o deportivas que presentan mayor peligro de accidente para quienes las practican, sea por frecuencia o por severidad.
- 15. DEPORTES PROFESIONALES:** Son todas aquellos deportes donde el Asegurado participa voluntariamente por competición, dentro del ámbito de una organización o Club y a cambio recibe una remuneración.
- 16. DISPUTABILIDAD:** Cláusula defensiva, que permite a la compañía de seguros investigar para determinar la evolución de un padecimiento que cause la muerte de un Asegurado antes de cumplir el plazo establecido en la cobertura de muerte de las condiciones generales del seguro de gastos médicos. Si se determina que la enfermedad que causa el siniestro es preexistente a la inclusión del Asegurado y el siniestro ocurre antes del plazo indicado, permite liberar su responsabilidad de pago.
- 17. EDAD:** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- 18. 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.
- 19. ENFERMEDAD:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.
- 20. ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido:
- a. Diagnosticada por un médico; o
  - b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

Se considera pre-existente la enfermedad congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que se hayan mostrado y diagnosticado por un médico, antes de la fecha de inicio del seguro.

- 21. FARMACIA:** Todo establecimiento comercial autorizado legalmente para el expendio de medicamentos.
- 22. FENÓMENO DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER CASTRÓFICO:** Manifestación violenta y destructiva de la fuerza de la naturaleza, que está fuera del control del ser humano de manera que no se puede prevenir ni controlar.
- 23. 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.
- 24. GASTOS MÉDICOS:** Son los gastos médicos erogados por el Asegurado y aprobados por el Instituto que resulten de la ocurrencia de un evento o enfermedad amparable por esta póliza y que sean indispensables en el diagnóstico o tratamiento de los mismos.
- 25. GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que mediante el matrimonio se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
- 26. GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
- 27. HOSPITAL O CLÍNICA:** Establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.
- 28. HOSPITALIZACIÓN.** Es cuando un Asegurado es ingresado en un hospital, registrado como paciente de cama, por un período continuo no menor de veinticuatro (24) horas.
- 29. LABORATORIO:** Todo establecimiento autorizado para realizar exámenes por un microbiólogo o técnico en microbiología debidamente autorizado por el colegio respectivo.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

- 30. 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.
- 31. MÉDICO U ODONTÓLOGO:** Profesional autorizado legalmente por el colegio respectivo para ejercer en el campo de medicina u odontología.
- 32. MORBILIDAD:** Es la frecuencia de la aparición de enfermedades y se describe como el número total de enfermedades, problemas de salud o condición incapacitante que acontecen durante un período de tiempo para una población o lugar determinado.
- 33. PERÍODO DE CARENCIA:** Período de tiempo comprendido entre la fecha de formalización de una póliza y la fecha posterior, predeterminada, de entrada en vigor de las garantías previstas.
- 34. PERÍODO DE GRACIA:** Es el período después del vencimiento de la póliza, durante el cual ésta puede ser pagada sin el cobro de intereses ni recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado.
- 35. PÓLIZA:** Es el documento que contiene las Condiciones Generales, Particulares y los Adenda que rigen la póliza.
- 36. PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA:** Es la autorización que se otorga al proveedor de servicios médicos, previo al ingreso o tratamiento de un Asegurado para una hospitalización, cirugía programada, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.
- 37. PRIMA:** Precio pactado por el seguro contratado.
- 38. PROVEEDOR AFILIADO:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.
- Tipo A: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos mayores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.
  - Tipo B: son aquellos proveedores que ofrecen descuentos menores del 15% por los servicios prestados a los Asegurados.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

- 39. PROVEEDOR NO AFILIADO:** Es la persona física o jurídica que no está autorizada por el Administrador de Servicios Médicos. El Asegurado puede recibir bienes o servicios de salud de un proveedor no afiliado.
- 40. RETICENCIA:** Ocultación maliciosa de forma parcial o total efectuada por el Asegurado al realizar las declaraciones sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, hubieran influido para que el contrato no se celebrara o se hiciera bajo otras condiciones.
- 41. TARIFAS A CORTO PLAZO:** Es el porcentaje de la prima no devengada que se devuelve una vez considerado el gasto administrativo.
- 42. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN:** Es el carné que identifica a cada Asegurado cuando suscribe el seguro, en el cual se detalla su nombre, monto asegurado, número de póliza y fecha de emisión del seguro. Una vez perfeccionado el contrato, el Instituto entregará el carné a cada Asegurado.
- 43. TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física que contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. Puede ser el Asegurado Directo o el Asegurado Nominal.
- 44. TRANSPORTE TERRESTRE EN AMBULANCIA:** Servicio de transporte terrestre del paciente asegurado, en vehículos debidamente equipados para atender y trasladar enfermos.
- 45. TRATAMIENTO EXPERIMENTAL:** Se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicios relacionados (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:
- Está 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).
  - No está 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.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

- 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.

### CLÁUSULA VI. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima del Instituto ante cada Asegurado, por los gastos efectivamente incurridos durante cada año póliza, queda limitada por la suma asegurada vigente, según se describe en el siguiente cuadro:

<b>LÍMITES DE COBERTURA</b>				
<b>Detalle</b>	<b>Opción N° 1</b>	<b>Opción N° 2</b>	<b>Opción N° 3</b>	<b>Opción N° 4</b>
Suma Asegurada	¢2.500.000	¢5.000.000	¢7.500.000	¢10.000.000
Cobertura A: Fuera de Hospital	¢ 250.000	¢ 500.000	¢ 750.000	¢ 1.000.000
Cobertura B: Dentro de Hospital	¢2.250.000	¢4.500.000	¢ 6.750.000	¢9.000.000
Maternidad	¢ 400.000	¢ 500.000	¢ 600.000	¢ 700.000
Muerte	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000

La suma asegurada para esta póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares.

Durante cada año póliza, cada una de las coberturas definidas en los incisos d, g y h de la **Cláusula Coberturas, punto 2 Cobertura B** y que se listan a continuación, están limitados de la siguiente forma:

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

Cobertura	Limitación
Cuidados Enfermería en el Hogar	60 horas por año
Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria	15 Sesiones por año
Aparatos de Apoyo al Tratamiento de la Incapacidad.	10% de la suma asegurada

### CLÁUSULA VII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Este es un seguro de gastos médicos renovable. El monto asegurado se reinstala cada año póliza y la vigencia es desde la fecha de emisión, contada a partir del 00:00 horas del día en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima respectiva, hasta el 31 de diciembre de cada año. Posteriormente, el seguro se renueva cada 1° de enero, por un año.

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

### CLÁUSULA VIII. COBERTURAS

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

#### 1. COBERTURA A

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

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### 2. COBERTURA B

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

#### a. Servicios de Hospitalización

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

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

#### b. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatoria

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

#### c. Cuidados de Enfermería en el Hogar

Incluyen los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería, debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión.

#### d. Terapias Especiales

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### **e. Exámenes Especiales**

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

### **f. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria**

Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria, siempre que sean prescritas por el médico tratante.

### **g. Aparatos de Apoyo**

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

#### **i. Enfermedad:**

Aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.

#### **ii. Incapacidad:**

Pago de alquiler de muletas, silla de ruedas, cama especial para enfermo y otros aparatos similares para el tratamiento de la incapacidad física.

### **h. Transporte terrestre en ambulancia.**

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

## **3. COBERTURA EN CASO DE MUERTE**

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

Esta cobertura se otorgará, siempre y cuando el Asegurado no haya superado la edad de setenta y cinco (75) años al momento del evento, la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones de esta póliza y la cobertura de muerte no haya sido excluida en el aseguramiento.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### a. Disputabilidad

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

Los aumentos de monto que se efectúen después de la emisión de esta póliza podrán ser disputados por el Instituto, desde la fecha de tal aumento y hasta por el plazo que se indicó anteriormente.

### b. Suicidio

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

### Beneficiarios

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

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

### Advertencia:

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

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

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### 4. COBERTURA DE MATERNIDAD

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

Incluye los siguientes gastos:

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

### CLÁUSULA IX. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO

#### 1. Edades de contratación

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

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

#### 2. Aseguramiento

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

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

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### CLÁUSULA X. PERÍODO DE CARENCIA

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

Las siguientes enfermedades:

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

Se exceptúan los casos de continuidad contemplados en la Cláusula de Privilegio de Continuidad, cuyos gastos serán reconocidos desde la fecha de inclusión de la póliza.

### CLÁUSULA XI. RECONOCIMIENTO DE COBERTURAS

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### 1. Pago Directo al Proveedor:

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

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

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

### 2. Pago por Reembolso:

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

Asimismo, serán objeto de reembolso los siguientes gastos:

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

### 3. Liquidación de gastos:

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

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)**

### **a. Costos Razonables por Tratamientos Ambulatorios:**

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

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

### **b. Costos Razonables por Hospitalización:**

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

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

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

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

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

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

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

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

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

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

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

### **CLÁUSULA XIII. REQUISITOS EN CASO DE RECLAMO (PARA USO EXCLUSIVO DE PAGO POR REEMBOLSO)**

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

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

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

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

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

### **2. En caso de fallecimiento por accidente o enfermedad:**

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

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

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

### **CLÁUSULA XIV. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES**

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

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

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)**

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

### **CLÁUSULA XV. AUDITORIA MÉDICA**

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

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

### **CLÁUSULA XVI. COASEGURO**

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

### **CLÁUSULA XVII. GASTOS NO CUBIERTOS**

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

- 1. Trastornos mentales y manifestaciones clínicas, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.**
- 2. Tratamientos para la prevención y curación por alcoholismo o drogadicción.**
- 3. Atenciones odontológicas, excepto el tratamiento necesario en caso de un accidente cubierto por esta póliza.**
- 4. Aparatos en sustitución o apoyo de piezas dentales, excepto en caso de accidente cubierto por la póliza.**
- 5. Aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
- 6. Trastornos de la refracción visual.**

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS  
(INDIVIDUAL)**

7. Bienes o servicios referidos a la implementación de métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar.
8. Estudios, procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial.
9. Estudios, procedimientos o tratamientos orientados a modificar el sexo.
10. Enfermedades venéreas y sus consecuencias orgánicas o funcionales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (H.I.V.), en sus diversas etapas.
11. Tratamientos o complicaciones derivados de:
  - a. Pre-menopausia y climaterio
  - b. Dermatitis atópica y acné
  - c. Pie plano, genu valgo y genu varo
  - d. Alopecia
  - e. Estrés y fatiga
12. Gastos por tratamientos del sobrepeso y la obesidad, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto las enfermedades en las cuales éstos actúan únicamente como factor contribuyente.
13. Gastos incurridos, tratamientos o consultas por cirugía estética. Se exceptúa la cirugía reconstructiva para corregir lesiones, deformaciones o enfermedades cubiertas por esta póliza.
14. Enfermedades pre-existentes conforme con lo indicado en su definición, independientemente de que sean emergencias o no.
15. Atención médica u hospitalaria a causa de embarazo en hijas u otras dependientes económicas, excepto la cónyuge o conviviente asegurada.
16. Tratamientos no prescritos u ordenados por el médico u odontólogo tratante, o bien, tratamientos que si sean prescritos pero no relacionados con el diagnóstico que se está tratando al amparo de esta póliza.
17. Tratamientos prescritos u ordenados en exceso de períodos mayores de noventa (90) días.

**SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS  
(INDIVIDUAL)**

18. Valoración para comprobar el estado de salud, tratamientos preventivos, reconstituyentes y vacunas.
19. Lesiones o padecimientos que el Instituto expresamente indique como exclusión al Asegurado, en las condiciones particulares de esta póliza.
20. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente póliza.
21. Artículos no prescritos médicamente y que no son necesarios para la atención del paciente.
22. Uso o alquiler de equipo no contemplado expresamente en la Cláusula Coberturas.
23. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial, como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
24. Gastos incurridos por el Asegurado por bienes o servicios suministrados por personas que no sean médicos profesionales o no considerados médicamente necesarios.
25. Gastos incurridos por el Asegurado en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.
26. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
27. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.
28. Gastos incurridos por acompañantes del paciente Asegurado.
29. Tratamientos experimentales, exceptuando los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

estén bajo investigación científica, los cuales sólo serán cubiertos con la previa aprobación del Instituto.

30. Trastornos generalizados del desarrollo.
31. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), suplementos alimenticios o energizantes.

### CLÁUSULA XVIII. RIESGOS NO CUBIERTOS

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

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
2. Fusión o fisión nuclear.
3. Autolesión deliberada, tentativas de suicidio u homicidio, participación en actos de guerra o terroristas, revolución, conmoción civil, conspiración, tumulto, motines, delitos, duelos y riñas. Se exceptúa la legítima defensa.
4. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra viajando en medios no terrestres de transporte, que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a ruta fija, legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
5. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentre conduciendo sin la licencia habilitante, o cuando viaje como piloto o pasajero de algún vehículo de carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad.
6. Accidentes ocurridos mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, drogas ilegales, psicotrópicos o estupefacientes.
7. Accidentes en la práctica de los deportes:
  - a. Cuando se realicen en cualquier tipo de torneos.
  - b. Deportes de alto riesgo y deportes profesionales como: motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, toreo, fútbol, boxeo, bungee jumping, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, sky walk o sky trek, buceo recreativo, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente,

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

automovilismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro, tauromaquia, equitación y demás deportes profesionales.

### 8. Accidentes en la práctica de la exploración de cuevas, cavernas y volcanes.

#### CLÁUSULA XIX. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

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

#### CLÁUSULA XX. PAGO DE LA PRIMA

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual. Sin embargo, ésta puede ser cubierta de manera fraccionada ya sea de forma trimestral o semestral, siempre anticipadamente y de acuerdo con las tarifas en vigor a la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

Los recargos a aplicar para el pago fraccionado de la prima anual se describen en el siguiente cuadro:

Forma de Pago	Recargo
Trimestral	Prima Anual * 0.2775
Semestral	Prima Anual * 0.54
Anual	Sin recargo

La forma de pago puede ser variada al vencimiento de éste. El pago de una prima mantiene en vigencia esta póliza, hasta la fecha en que deba cancelarse la siguiente prima.

#### CLÁUSULA XXI. 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 sea trimestral o semestral.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

Si la forma de pago de prima elegida por el Asegurado 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 XXII. RENOVACIÓN

Esta póliza brinda la opción de ser renovada a la fecha de su vencimiento anual y estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada año póliza. La edad en cada renovación determinará el monto de la prima a pagar.

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

### CLÁUSULA XXIII. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA

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

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

### CLÁUSULA XXIV. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA

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

### CLÁUSULA XXV. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

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

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)**

1. Solicitud expresa del Asegurado con al menos un mes de antelación a la fecha de cancelación. En tal caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha posterior señalada expresamente por el Asegurado. La fecha de cancelación no podrá ser anterior a la fecha en que recibe el aviso.

El Instituto devolverá la prima no devengada calculada de conformidad con la tabla de tasas de corto plazo que se encontrase vigente a la fecha de la solicitud de la cancelación. Sin embargo, si hay coberturas afectadas por indemnización la prima se considerará como totalmente devengada.

2. Uso indebido de la tarjeta de identificación.
3. 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.
4. Para los dependientes del Asegurado Directo (excepto el cónyuge o conviviente), en la fecha de renovación en que hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad, o que dejen de ser dependientes económicos, lo que ocurra primero.
5. No se pague la prima correspondiente.”
6. Vencido el Periodo de Gracia de esta póliza y no haya pago de la prima.
7. Finalice la vigencia de la póliza.

### **CLÁUSULA XXVI. PRIVILEGIO DE CONTINUIDAD**

1. En caso de que un Asegurado desee o requiera trasladarse a otra póliza de este mismo plan de seguro, dentro de un mismo año póliza, con las mismas coberturas y mismo monto asegurado, el Instituto le permitirá continuar con la póliza, sin necesidad de pruebas médicas, sujeto a lo siguiente:
  - a. Su antigüedad en esta póliza sea mayor o igual a dos (2) años.
  - b. Su edad sea menor de setenta (70) años, si se trata del Asegurado Directo o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus hijos dependientes.

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

- c. Realice su solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.
  - d. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en esta póliza y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del Asegurado en la nueva póliza.
  - e. Si al Asegurado ya se le habían amparado reclamaciones durante el año póliza, éstas se considerarán como monto incurrido en la nueva póliza.
2. En caso de que un Asegurado desee o requiera trasladarse a otra póliza de este mismo plan de seguro, con un monto asegurado mayor, el Instituto le permitirá continuar con la póliza, siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:
- a. Presente todos los requisitos de asegurabilidad que solicite el Instituto para su aceptación.
  - b. Su antigüedad en esta póliza sea mayor o igual a dos (2) años.
  - c. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del Asegurado Directo o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus hijos dependientes.
  - d. Realice su solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.
  - e. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en esta póliza y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del Asegurado en la nueva póliza.
  - f. La nueva póliza o seguro contratado entrará en vigencia a partir de la próxima renovación anual.
  - g. Todos los padecimientos tratados con el seguro sustituido, quedarán limitados al monto asegurado anterior.
3. No obstante lo anterior, se presentan los siguientes casos de excepción:

Cuando un Asegurado tiene un seguro individual y pasa a formar parte de una póliza colectiva de carácter obrero patronal que tiene suscrito un monto de seguro superior al que tiene el Asegurado en el seguro individual; o bien, el caso de un Asegurado que

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

se encuentra en una póliza colectiva y pasa a formar parte de otro grupo colectivo obrero patronal, el Instituto le permitirá continuar con las coberturas de esta póliza, sin necesidad de pruebas médicas, sujeto a lo siguiente:

- a. La presentación de la prueba de que se está trasladando a una colectiva obrero-patronal cuando corresponda.
- b. Su antigüedad en esta póliza sea mayor o igual a dos (2) años.
- c. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del Asegurado Directo o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus hijos dependientes.
- d. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en esta póliza y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del asegurado en la nueva póliza.
- e. Si al Asegurado ya se le habían amparado reclamaciones durante el año póliza, éstas se consideran como monto incurrido en la nueva póliza.
- f. Todos los padecimientos tratados con el seguro sustituido, quedarán limitados al monto asegurado anterior.

Cuando el Asegurado haga uso de esta cláusula, le serán eliminados los períodos de carencia.

### CLÁUSULA XXVII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Dentro de las obligaciones que adquiere el Asegurado se incluyen las siguientes:

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

## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### CLÁUSULA XXVIII. PROVEEDORES AFILIADOS

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

### CLÁUSULA XXIX. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

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

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

### CLÁUSULA XXX. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

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

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

### CLÁUSULA XXXI. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

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

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)**

### **CLÁUSULA XXXII. COMUNICACIONES**

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán efectuadas por el Instituto directamente al 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 Asegurado deberá reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado los cambios de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados por el Asegurado.

### **CLÁUSULA XXXIII. SUBROGACIÓN**

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

### **CLÁUSULA XXXIV. OTROS SEGUROS**

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

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

### **CLÁUSULA XXXV. 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.

## **SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)**

### **CLÁUSULA XXXVI. LEGISLACIÓN APLICABLE**

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

### **CLÁUSULA XXXVII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

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

### **CLÁUSULA XXXVIII. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES**

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 de que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

### **CLÁUSULA XXXIX. 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.



## SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS (INDIVIDUAL)

### CLÁUSULA XL. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número P16-35-A01-143-VLRCS de fecha 14 de noviembre del 2011.



# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

## Seguros Personales

### SOLICITUD PARA UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS

PÓLIZA INDIVIDUAL  PÓLIZA COLECTIVA

No. DE PÓLIZA

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

**INFORMACIÓN GENERAL DE LOS SOLICITANTES**

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

**BENEFICIARIOS**

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

**Advertencia:**

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

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

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

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

**INFORMACIÓN SOBRE SALUD DEL SOLICITANTE Y DEPENDIENTES**

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

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

**En caso afirmativo, dé detalles completos a continuación**

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

**NOTIFICACIONES**

**Señale el medio por el cual desea ser notificado:**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Apartado o Dirección: \_\_\_\_\_

*Recuerde mantener actualizados sus datos.*

**DECLARACIÓN SOLICITANTE**

Por este medio doy fe de que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los médicos o cualesquiera otras personas que me han examinado y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias de sus archivos) en relación con esta solicitud y con cualquier reclamo proveniente de los beneficios que brinda esta póliza, en caso de que ésta sea emitida. Además declaro, que las condiciones de la póliza que estoy solicitando son de mi conocimiento y convengo en que cualquier falsedad o inexactitud de los datos brindados en la presente solicitud, facultará al Instituto Nacional de Seguros de relevarse de la obligación de indemnizar bajo la póliza que se expida basada en tales declaraciones y cancelar el contrato de seguro, si éstas se han realizado con intención dolosa o si las mismas llegaren a afectar la apreciación del riesgo. Convengo además que, en caso de recibir bienes o servicios que no correspondan con los términos de la póliza que se expida, a reintegrar las sumas que bajo esa condición haya pagado el Instituto Nacional de Seguros.

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 dañoso 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.

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.

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

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada 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-A01-143-VLRCS de fecha 14 de noviembre 2011, Póliza de Seguros Personales Colectiva No Adhesión PRP-LP-A01-312 de fecha 10 de febrero del 2012.**

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

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**

OBSERVACIONES O EXCLUSIONES:

ACEPTADA:

FECHA DE ACEPTACIÓN

AUTORIZADO:



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**Seguros Personales**

**Dependientes Solicitantes**

Primer Apellido:										Segundo Apellido:										Nombre Completo:																								
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: _____																													
Nº Identificación										Ocupación o actividad económica:																																		
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año										Nacionalidad:										Sexo: <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:																																												
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:																								
Teléfono Celular:															Dirección Electrónica:																													
Nº de Fax:										Cuenta Cliente:																																		



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**Seguros Personales**

**Dependientes Solicitantes**

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: _____																													
Nº Identificación										Ocupación o actividad económica:																																		
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año										Nacionalidad:										Sexo: <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:																																												
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:																								
Teléfono Celular:															Dirección Electrónica:																													
Nº de Fax:										Cuenta Cliente:																																		



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**Seguros Personales**

**Dependientes Solicitantes**

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: _____																													
Nº Identificación										Ocupación o actividad económica:																																		
Fecha nacimiento: Día / Mes / Año										Nacionalidad:										Sexo: <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:																																												
Apartado:										Teléfono Oficina:										Teléfono Domicilio:																								
Teléfono Celular:															Dirección Electrónica:																													
Nº de Fax:										Cuenta Cliente:																																		