

CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	3
SECCIÓN A. DEFINICIONES.....	4
CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	12
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES.....	12
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.....	12
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA.....	12
CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA.....	13
CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS.....	13
CLÁUSULA VI. COBERTURAS.....	13
CLÁUSULA VII. COBERTURAS BÁSICAS.....	13
<i>Cobertura de gastos médicos.....</i>	<i>13</i>
1.1 <i>Gastos hospitalarios.....</i>	<i>14</i>
1.2 <i>Gastos ambulatorios (sin hospitalización).....</i>	<i>14</i>
1.3 <i>Emergencias.....</i>	<i>15</i>
CLÁUSULA VIII. COBERTURAS SEGÚN EL PLAN ELEGIDO.....	15
CLÁUSULA IX. PERÍODOS DE ESPERA.....	28
CLÁUSULA X. RIESGOS EXCLUIDOS.....	29
CLÁUSULA XI. GASTOS EXCLUIDOS.....	30
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	34
CLÁUSULA XII. PERSONAS BENEFICIARIAS.....	34
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, PERSONA ASEGURADA O PERSONA BENEFICIARIA.....	34
CLÁUSULA XIII. RESIDENCIA.....	34
CLÁUSULA XIV. DEDUCIBLE ANUAL.....	36
CLÁUSULA XV. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO.....	36
CLÁUSULA XVI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS.....	36
CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE.....	37
CLÁUSULA XVIII. OTROS SEGUROS.....	37
CLÁUSULA XIX. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS.....	37
CLÁUSULA XX. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA.....	38
SECCIÓN F. PRIMAS.....	38
CLÁUSULA XXI. PAGO DE PRIMAS.....	38
CLÁUSULA XXII. PERÍODO DE GRACIA.....	39
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA PARA PRÓRROGA.....	39
CLÁUSULA XXIII. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA.....	39
SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	40
CLÁUSULA XXIV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO.....	40
CLÁUSULA XXV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.....	42
CLÁUSULA XXVI. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO.....	43
CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES.....	44
SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS.....	44
CLÁUSULA XXVIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA.....	44

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXIX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA	45
CLÁUSULA XXX. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	45
SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS	46
CLÁUSULA XXXI. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	46
CLÁUSULA XXXII. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA	46
CLÁUSULA XXXIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	47
CLÁUSULA XXXIV. SUBROGACIÓN	47
CLÁUSULA XXXV. PRESCRIPCIÓN	47
CLÁUSULA XXXVI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	48
CLÁUSULA XXXVII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	48
SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	48
CLÁUSULA XXXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE	48
CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	48
SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	49
CLÁUSULA XL. COMUNICACIONES	49
CLÁUSULA XLI. DOMICILIO CONTRACTUAL DE LA PERSONA ASEGURADA	49
SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO	49
CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	49

CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Entre nosotros, el **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, titular de la cédula jurídica 400000-1902-22 en adelante denominado INSTITUTO se compromete con quien se suscribe en la solicitud del seguro como **PERSONA ASEGURADA Y/O TOMADOR**, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas por **LA PERSONA ASEGURADA Y/O TOMADOR** en la solicitud que origina este contrato, la cual es parte integral del mismo.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual del **INSTITUTO** de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.



Luis Fernando Monge Salas
Gerente General

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, han sido empleados en el presente contrato, por lo tanto, están definidos tal como deben entenderse o deben ser aplicados:

1. **Aborto espontáneo:** Es cuando el embrión o feto fallece por un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.
2. **Accidente:** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
3. **Administrador de servicios médicos:** Es la persona física o jurídica designada por el Instituto para coordinar cuando corresponda, la prestación de los servicios a nivel nacional e internacional.
4. **Aparatos de apoyo:** Se refiere a las prótesis o aparatos externos 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.
5. **Persona asegurada:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Se considera como tal a la persona asegurada directa y las personas aseguradas dependientes debidamente registrados en la póliza.
6. **Personas aseguradas dependientes:** Son las siguientes personas, que se encuentren debidamente registradas en la póliza y que deben tener la siguiente relación con la persona asegurada directa:
 - a. el cónyuge o conviviente,
 - b. los hijos la persona asegurada directa, de su cónyuge o conviviente, que sean solteros, económicamente dependientes, estudiantes cuya edad no supere la indicada en las Condiciones Particulares,
 - c. los hijos de la persona asegurada, de su cónyuge o conviviente mayores de la edad indicada para hijos en las Condiciones Particulares, con alguna discapacidad y que sean económicamente dependientes,
 - d. otro dependiente: persona diferente a las indicadas en los incisos anteriores que debe demostrar su grado de consanguinidad o afinidad y la dependencia económica que tiene de la persona asegurada directa para que sea aceptado como persona asegurada dentro de la póliza; en esta categoría se pueden

CONDICIONES GENERALES

incluir, previa autorización por parte del Instituto los padres, hermanos, sobrinos u otros parentescos que cuenten con dependencia económica.

7. **Persona asegurada directa:** Es la persona física nombrada titular o principal en la póliza.
8. **Asegurador:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada la persona asegurada y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
9. **Beneficio máximo anual:** Es la suma máxima asegurada indemnizable por cada cobertura o sublímite definido para cada persona asegurada, durante el año póliza, establecida en las Condiciones Particulares.
10. **Persona beneficiaria:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto en caso de fallecimiento de la persona asegurada directa y en caso de haberse suscrito la cobertura de Muerte Accidental y no Accidental.
11. **Cirugía ambulatoria:** Es aquella intervención quirúrgica que recibe la persona asegurada, cuando no esté registrado como paciente de cama, en el centro hospitalario y permanezca en este menos de veinticuatro (24) horas. También conocida como cirugía de corta estancia ya que el paciente es intervenido quirúrgicamente y se le brinda la salida en menos de 24 horas.
12. **Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir a la persona asegurada.
13. **Condición genética:** Afección o trastorno patológico causado por alteración del genoma.
14. **Conviviente:** Persona que cohabita con la persona asegurada en unión hecho pública, notoria, única y estable por más de dos años, y, declarada así por la persona asegurada directa.
15. **Costo de servicios médicos.** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos que cobra a personas que presenten enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares. Este costo determinará el monto máximo a indemnizar por un servicio u honorario médico. Para el ámbito de cobertura regional fuera de Costa Rica y Centroamérica se aplicarán los costos de servicios médicos del INS. Para el ámbito de cobertura internacional, se aplicarán los costos de servicios médicos según el área geográfica donde recibió la atención o servicio.

CONDICIONES GENERALES

16. **Deducible anual:** Suma única anual acumulable establecida en las Condiciones Particulares que debe cubrir la persona asegurada, previo a que el seguro inicie su cobertura.
17. **Desembolso máximo anual:** Participación máxima de la persona asegurada por concepto de coaseguros de hospitalización. Aplica sólo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza.
18. **Deporte:** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
19. **Donante:** Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en una persona asegurada de esta póliza.
20. **Edad:** Es la edad de la persona asegurada a la fecha del último cumpleaños.
21. **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.
22. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo y determinada por un médico.
23. **Enfermedad congénita o hereditaria:** Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematuridad.
24. **Enfermedad contagiosa:** Enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).
25. **Enfermedad epidémica:** Enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan en un país o región o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales o de un país o región facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.

CONDICIONES GENERALES

26. **Enfermedad mental:** Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida.
27. **Enfermedad pandémica:** Enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan simultáneamente en más de un país o continente o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales con facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
28. **Enfermedades graves:** Alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad de la persona asegurada, confirmada por un médico perito legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas como enfermedades graves por la póliza.
29. **Esterilidad:** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
30. **Evento:** situación específica, ya sea por un mismo accidente o enfermedad, que genera afectación en la salud de la persona asegurada por la que requiera atención médica.
31. **Gastos ambulatorios:** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe una persona asegurada, 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.
32. **Gastos indemnizables:** Son los gastos de servicios médicos incurridos por la persona asegurada y cubiertos bajo esta póliza.
33. **Gastos normales del recién nacido:** Son los gastos necesarios para la atención del recién nacido en la sala de parto, lo cuales disminuyen el Sublímite de Maternidad de la madre.
34. **Gastos operativos:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: costos de administración, costos de distribución, utilidad y comisión de cobro si la hubiere.

CONDICIONES GENERALES

35. **Gastos prenatales:** Son los gastos derivados del período de embarazo comprendido entre el momento de la concepción y el inicio del parto y que están relacionados con la condición de embarazo.
36. **Gastos postnatales:** Son los gastos posteriores al parto y que se producen en un período máximo de ocho (8) semanas posteriores al nacimiento y que están relacionados con la condición de embarazo.
37. **Grado de afinidad:** Parentesco que, mediante el matrimonio, se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
38. **Grado de consanguinidad:** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
39. **Hospital o clínica:** Institución legalmente autorizada por las autoridades competentes del país como centro médico y quirúrgico la cual provee, primordialmente, instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de un personal médico. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales las casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.
40. **Hospitalización:** Es el momento en el que una persona asegurada es ingresada en un hospital, es registrado como paciente de cama y se mantiene en esa condición por un periodo continuo mayor a veinticuatro (24) horas.
41. **Infertilidad:** Es la incapacidad de la pareja para conseguir finalizar la gestación de forma satisfactoria.
42. **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.
43. **Métodos anticonceptivos.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
44. **Métodos anticonceptivos no quirúrgicos:** Tales como pero no limitados a:
 - a) Método del moco cervical.
 - b) Condón masculino.
 - c) Condón femenino.

CONDICIONES GENERALES

- d) Diafragma.
 - e) Espermaticidas.
 - f) Esponjas vaginales.
 - g) Dispositivos intrauterinos.
 - h) Anticonceptivos orales.
 - i) Anticonceptivos inyectados.
45. **Métodos anticonceptivos quirúrgicos:** son los anticonceptivos definitivos implantados mediante un proceso quirúrgico, los cuales impiden el contacto entre espermatozoide y óvulo.
46. **Monto asegurado vitalicio:** único y máximo monto contratado de por vida mientras la póliza esté vigente para cubrir los gastos sea ambulatorios y/o hospitalarios para la cobertura contratada, el cual irá reduciéndose por cada reclamo presentado y efectivamente pagado por lo cual no es un monto reinstalable.
47. **Paciente receptor:** Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.
48. **Período de espera:** Es el período de tiempo, posterior a la inclusión en la póliza, que debe transcurrir para que la persona asegurada pueda recibir los beneficios otorgados bajo este contrato. Los gastos amparables serán objeto de cobertura una vez superado dicho período.
49. **Período de gracia:** Es el período después del vencimiento de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo el contrato mantiene los derechos para la persona asegurada, siempre y cuando la prima sea cancelada en el período establecido.
50. **Práctica competitiva de deporte:** Es la práctica que se desarrolla en un ámbito formal, donde media la competición por un premio (económico o no), no obstante, la actividad no constituye la principal fuente de ingreso de la persona asegurada.
51. **Práctica profesional de deporte:** Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su principal medio de ingreso.
52. **Preautorización médica:** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de una persona asegurada.

CONDICIONES GENERALES

- 53. Preexistencia:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que, con anterioridad a la adquisición de esta póliza, haya sido:
- diagnosticada por un médico,
 - de la que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para la persona asegurada o terceras personas,
 - recibido tratamiento médico, servicios o suministros,
 - practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos pertinentes,
 - tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
- 54. Prematurez:** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 55. Prima:** Precio que debe satisfacer el Tomador del seguro o la persona asegurada, como contraprestación por la cobertura de riesgo que la persona asegurada asume.
- 56. Prótesis quirúrgicas:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
- 57. Proveedor afiliado:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud con cargo a la póliza.
- 58. Proveedor no afiliado.** Es la persona física o jurídica que no tiene un convenio con el Instituto para proporcionar los bienes o servicios de salud a las personas aseguradas
- 59. Sala de emergencia:** Es la sección del hospital o clínica con personal y equipo necesario para proveer cuidado de emergencia a las personas que requieran tratamiento médico o quirúrgico inmediato.
- 60. Terrorismo:** Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
- 61. Tomador del seguro:** Persona física que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos a la persona asegurada. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del Contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en la figura del Tomador o la persona asegurada.

CONDICIONES GENERALES

- 62. Trasplante:** Es el procedimiento quirúrgico, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de una persona asegurada, uno de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donante.
- 63. Tratamiento experimental:** Tratamiento experimental: Se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicios relacionados (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:
- a) Estar en la fase I, II ó III de experimentación para aprobación, según la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).
 - b) No estar aprobado o reconocido por la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés) para la enfermedad en cuestión.
 - c) Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
 - d) No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside la persona asegurada 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 firmada por la persona asegurada o alguna persona actuando en nombre de él.
 - f) El hecho de que el procedimiento, servicio, dispositivo, droga o combinación de drogas, o equipo sea la única esperanza de sobrevivencia de la persona asegurada, no cambia el hecho de que el mismo sea investigativo o experimental.
- 64. Toxemia gravídica:** Enfermedad del embarazo que produce hinchazón de piernas, elevación de la presión arterial y exceso en la eliminación de las proteínas a través de la orina.
- 65. Tratamiento de podología o podiátricos:** Se refieren a los gastos correspondientes a cirugía y el tratamiento de los desórdenes del pie, incluyendo, callosidad, juanetes, verrugas, plantares, Hallux Valgus, neuroma de Mortin, fascitis plantar, pies planos, y el dedo de martillo.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza: La cotización de seguro aceptada por la persona asegurada directa, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada persona asegurada cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como la adenda.

El orden de prelación de los documentos que constituyen la póliza es el siguiente: Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Cotización del Seguro, Solicitud del Seguro, la declaración de salud, las pruebas de asegurabilidad. Cada uno de estos documentos incluyen sus respectivos adenda, si los tuvieran.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

El ámbito de cobertura de esta póliza será el que se defina en las Condiciones Particulares, de conformidad con las opciones siguientes:

- a. **Costa Rica:** El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos relacionados con los gastos indemnizables de la persona asegurada únicamente en Costa Rica; como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza. En caso de utilizar el seguro fuera de esta región, los siniestros no serán objeto de cobertura.
- b. **Regional:** El Instituto cubrirá los costos de los servicios médicos relacionados con los gastos indemnizables de la persona asegurada en Costa Rica y Centroamérica; como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza. En caso de utilizar el seguro fuera de esta región, los siniestros serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos del INS.
- c. **Internacional:** De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de beneficios indicados en las Condiciones Particulares, el Instituto cubrirá los costos de los servicios médicos de los gastos indemnizables de la persona asegurada en Costa Rica y el resto del mundo como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza; esto según los

CONDICIONES GENERALES

costos de servicios médicos del área geográfica donde recibió la atención o servicio.

Cuando la persona asegurada viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente, deberá utilizarse, en primera instancia, la cobertura de Asistencia al Viajero, siempre que la misma haya sido suscrita.

Ambas opciones están sujetas a lo establecido en la Cláusula Residencia Temporal.

CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares y de conformidad con el Plan Contratado.

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. persona asegurada directa,
2. cónyuge o conviviente,
3. los hijos nacidos o no al amparo de esta póliza,
4. otros dependientes debidamente aceptados por el Instituto.

CLÁUSULA VI. COBERTURAS

Este seguro cuenta con coberturas básicas y con coberturas según el plan contratado:

1. Coberturas básicas:

1.1 Cobertura de gastos médicos,

CLAUSULA VII. COBERTURAS BÁSICAS

Cobertura de gastos médicos

Esta póliza cubre los costos de servicios médicos brindados en Costa Rica, Centro América o en el país donde se efectúe el tratamiento, ordenados por un médico y siempre que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, sea como hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio

CONDICIONES GENERALES

Máximo Anual por Persona Asegurada de conformidad con el plan contratado y **habiendo superado el deducible anual elegido** de conformidad con el plan escogido.

La persona asegurada directa y/o sus dependientes asegurados podrán hacer uso de la Red de Proveedores, para los casos de hospitalización y tratamientos ambulatorios, amparados por esta póliza. En caso de no utilizar la Red de Proveedores, la persona asegurada deberá efectuar el pago de los gastos directamente y tramitar ante el Instituto el reembolso, para el cual se aplicará lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

1.1 **Gastos hospitalarios:**

- a) Habitación individual, normal o bipsersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados.
- d) Medicamentos.
- e) Electrocardiograma, metabolismo basal u otro examen o estudio especializado requerido.
- f) Máximo veinte (20) sesiones de terapia al año póliza por condición y/o enfermedad y veinte (20) sesiones por accidente, independientemente si se incurren en forma ambulatoria u hospitalaria. Dichas terapias deben estar reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, según corresponda.
- g) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o administración de anestesia, según costos de servicios médicos.
- h) Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.
- i) Prótesis Quirúrgicas*

***En el caso de requerirse sustitución de dichas prótesis la misma se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del dispositivo a reemplazar.**

1.2 **Gastos ambulatorios (sin hospitalización):**

- a) Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b) Medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas y otras pruebas o exámenes especiales que el médico considere necesarios.
- c) Cirugías ambulatorias.
- d) Alquiler de equipo.
- e) Uso de sala de operaciones.

CONDICIONES GENERALES

- f) Máximo veinte (20) sesiones de terapia al año póliza por condición y/o enfermedad y veinte (20) sesiones por accidente, independientemente si se incurren en forma ambulatoria u hospitalaria. Dichas terapias deben estar reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, según corresponda.
- g) En caso de cuidados a domicilio por personal de enfermería, se establece un máximo de treinta (30) días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.
- h) Ambulancia terrestre. Se cubre mediante previa coordinación con la Unidad de Asistencia del Instituto, siempre y cuando sea medicamente justificada su utilización.

1.3 Emergencias

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

Para los gastos detallados en los puntos 1, 2 y 3 anteriores se aplicará el deducible anual y coaseguros correspondientes, estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado; excepto que se trate de un accidente cubierto por la póliza, según lo indicado en la Cláusula Coberturas Básicas, punto 1.2 Gastos médicos sujetos a condiciones especiales, inciso a. Gastos ambulatorios por accidentes.

CLAUSULA VIII. COBERTURAS SEGÚN EL PLAN ELEGIDO

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y **se otorgan una vez superado el deducible anual elegido y** hasta los límites establecidos para cada caso según las Condiciones Particulares de este contrato y de conformidad con el plan contratado.

a) Cobertura de asistencia al viajero

Esta póliza contiene en el Anexo N°1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte de este contrato. **Esta cobertura aplica sin el deducible anual elegido, hasta por el monto asegurado de la misma.** Los gastos en exceso, si los hubiere, serán cubiertos por el seguro médico una vez **superado el deducible anual elegido.**

CONDICIONES GENERALES

b) Cobertura de chequeos

Los chequeos serán cubiertos siempre que así se encuentre establecido en las Condiciones Particulares y únicamente coordinados con la Red de Proveedores del INS, de lo contrario el Instituto no los cubrirá. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido ni el coaseguro.**

i. Chequeo general

Esta cobertura consiste en un paquete de servicios médicos para la comprobación del estado de salud de la persona asegurada.

A este chequeo le aplica un período de espera de 24 meses.

ii. Chequeo oftalmológico

Este chequeo consiste en un paquete de servicios médicos para la comprobación oftalmológica de la persona asegurada.

A este chequeo le aplica un período de espera de 24 meses de espera.

c) Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona y están sujetos a lo dispuesto en las cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza. **En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido ni el coaseguro.**

i. Muerte

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

Para todas las coberturas de esta póliza, en caso del deceso de la persona asegurada directa, la indemnización será pagada, de conformidad a lo establecido en la Cláusula XII. Beneficiarios, del presente Contrato.

CONDICIONES GENERALES

ii. Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares del presente contrato y de conformidad con el plan contratado, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación se deben presentar las facturas originales y/o digitales pagadas las cuales deben mostrar el gasto correspondiente.

iii. Liberación del pago del seguro por fallecimiento de persona asegurada directa

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

Se mantendrán las personas aseguradas dependientes inscritos bajo la misma póliza en que se encontraba la persona asegurada directa fallecida.

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

d) Cobertura dental por accidente y/o emergencia

Este seguro ofrece cobertura dental tanto por accidente como por emergencias. **En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido ni el coaseguro.**

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

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

CONDICIONES GENERALES

La cobertura dental por emergencia se rige según lo establecido en el Anexo N°2, el cual forma parte de este contrato.

e) Maternidad

Podrán gozar de esta cobertura las mujeres incluidas en la póliza, cubriendo los gastos pre y post-natales, aborto espontáneo y/o amenaza de aborto espontáneo y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta un máximo de 8 semanas posterior al parto.

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

- i. **Parto normal:** Gastos prenatales y postnatales o aborto espontáneo⁹ (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado).
- ii. **Complicaciones durante el embarazo o el postparto** (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado). Esta cobertura es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de Maternidad.

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

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

CONDICIONES GENERALES

14. Amenaza de parto inmaduro.
15. Amenaza de parto prematuro.
16. Infección del líquido amniótico.
17. Oligoamnios.
18. Polihidramnios.
19. Colestasis del embarazo.
20. Ictericia del embarazo.
21. Hemorragias del embarazo.
22. Anemia gestacional.
23. Anormalidades dinámicas del trabajo de parto.
24. Síndrome de Sheehan.
25. Hemorragia uterina postparto.
26. Desgarros de la vagina, la piel (periné), recto.
27. Infección de la vulva y/o vagina.
28. Endometritis (fiebre puerperal).
29. Infección de la herida (del piquete o de la cesárea).
30. Mastitis (inflamación de la mama).
31. Absceso mamario.
32. Tromboflebitis (inflamación de las venas).
33. Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
34. Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
35. Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
36. Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).
37. Complicación que amerite cirugía del feto

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

En caso de que existan gastos gestionados por pago directo, cualquier reembolso que se presente queda sujeto a que la Compañía de Seguros realice previamente el pago al proveedor, y se indemnizará como máximo el saldo de cobertura que haya en el sublímite una vez realizado este pago.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

CONDICIONES GENERALES

f) Prematurez

Están cubiertos bajo esta póliza los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del niño, cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como persona asegurada en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

En el caso de terapias relacionadas con esta condición se establece un sublímite que se deduce del monto asegurado de Prematurez, el cual se indica en Condiciones Particulares.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares de conformidad con el plan contratado.

g) Enfermedades congénitas o hereditarias del recién nacido

Cubre los gastos médicos derivados de las enfermedades congénitas o hereditarias de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por este seguro, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como persona asegurada en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares.

En el caso de terapias relacionadas con esta condición se establece un sublímite que se deduce del monto asegurado de Prematurez, el cual se indica en Condiciones Particulares.

En los casos en los que el niño que padece la enfermedad congénita, no se incluya dentro de la póliza en el período establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares y se incluya posteriormente, se debe presentar la solicitud de seguro y continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento y se aplicará la Cláusula de Gastos Excluidos, inciso XI de esta póliza.

No se sublimita las afecciones o trastornos producto de una condición genética, de conformidad con la definición del presente contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

CONDICIONES GENERALES

h) Control de niño sano

Cubre a las personas aseguradas incluidas en la póliza desde el nacimiento y hasta los 5 años.

Se cubrirá el cuadro de esquema de vacunación que se presenta a continuación:

VACUNA	EDAD DE APLICACIÓN
BCG (<i>Bacilo Calmete-Guerin</i>)	Recién nacido
Hepatitis B	Recién nacido, 2 y 6 meses
H Influenza tipo B	2, 4, 6, 15 meses
DPT (<i>Difteria, Pertussis acelular y Tétanos</i>)	2, 4, 6 meses, 1 año y 3 meses y 4 años
Poliovirus	2, 4, 6 meses y a los 4 años
Influenza anual	< 5 años
SRP (<i>Sarampión, Rubéola y Paperas</i>)	15 meses
Varicela	1 año y 4 años
Neumococo 13 valente	2, 4, 15 meses
Hepatitis A	1 año, 1 año y 6 meses
Rotavirus	2 y 4 meses

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite anual contratado de conformidad con el plan contratado, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro se detalla en las Condiciones Particulares.

i) Trasplantes

Se brindará cobertura en caso de que la persona asegurada requiera trasplante de corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea o hígado. Esto incluye los gastos médicos por servicios prestados tanto a la persona asegurada como al donador.

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. se cubren los gastos médicos elegibles de hospitalización y cirugía de la persona asegurada y del donador seleccionado;
- ii. serán cubiertos los costos por las pruebas de compatibilidad realizadas a la persona asegurada y al donador seleccionado;
- iii. solo se cubren órganos humanos;
- iv. todo gasto deberá ser pre-autorizado por el Instituto y coordinado por medio del Administrador de Servicios; en caso contrario, no será cubierto.

Esta cobertura incluye los gastos preoperatorios y postoperatorios, e inclusive el transporte del órgano a trasplantar, en caso de requerirse.

CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura aplica el monto asegurado vitalicio contratado.

Este monto se debe entender como la suma asegurada y establecida en las Condiciones Particulares de conformidad con el plan contratado, la cual será el único y máximo monto contratado de por vida, mientras la póliza esté vigente, para cubrir todos los gastos, sean ambulatorios u hospitalarios derivados de este beneficio. Este monto irá reduciéndose por cada reclamo presentado y efectivamente pagado, por lo cual no es un monto reinstalable.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite anual contratado, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro se detalla en las Condiciones Particulares de conformidad con el plan contratado.

i. **En adición a lo indicado en las Cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza, para esta cobertura no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:**

- 1. Como resultado de lo relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto.**
- 2. Las consideradas como experimentales o investigativas.**
- 3. Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o sean artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.**
- 4. Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.**

j) Aparatos de apoyo

Mediante este seguro por año póliza, se cubre hasta el sublímite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, de las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado, las prótesis o aparatos externos de apoyo que sean requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

CONDICIONES GENERALES

En el caso de requerirse sustitución de dichos dispositivos, la misma se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del aparato a reemplazar.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

k) Enfermedades epidémicas y pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas o pandémicas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

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

Se cubren hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado, los gastos relacionados con enfermedades mentales o trastornos nerviosos.

No incluye el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), desórdenes de actitud o problemas disciplinarios dado que estos no son enfermedades.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

m) Actividades deportivas

Están cubiertos los gastos médicos relacionados con deportes que se practiquen en forma recreativa hasta el límite máximo anual establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares de la presente póliza y de conformidad con el plan contratado.

CONDICIONES GENERALES

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando el deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

n) Práctica competitiva de fútbol

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

Se entiende por competitivo a la práctica que se desarrolla en un ámbito formal, donde media la competición por un premio (económico o no), no obstante, la actividad no constituye la principal fuente de ingreso de la persona asegurada.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practiquen en forma profesional.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

o) Ambulancia aérea

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

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

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

CONDICIONES GENERALES

p) Transporte por evacuación

Cubre de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares y previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos, los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, de conformidad con el ámbito de cobertura indicado en las Condiciones Particulares, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso. **En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido y el coaseguro.**

q) Emergencias durante viajes en el extranjero

- i. Todos los beneficios de esta cobertura serán otorgados según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares y serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia, los gastos serán cubiertos de acuerdo con las condiciones del contrato, según los requisitos para la presentación de un reclamo.
- ii. El ámbito territorial de las coberturas se extiende a Centro América o a todo el mundo (excepto Costa Rica), según la modalidad contratada. Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones de la presente póliza.
- iii. Esta cobertura operará, cuando se trate de un accidente o enfermedad aguda, **en exceso de la cobertura de Asistencia al Viajero** que se describe en el Anexo N°1, siempre y cuando la persona asegurada se comunique con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará esta cobertura.
- iv. Las coberturas que se otorgan son:

1. Evacuación y/o repatriación por razones médicas

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia al determinarse que la persona asegurada sea evacuada y/o repatriada al

CONDICIONES GENERALES

hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar la emergencia. Esta cobertura opera superada el deducible anual elegido.

Para estos casos, el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, facilitarán una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea comunal, por la ruta más directa y adecuada.

El proceso de evacuación, o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos, donde en consulta con el profesional en salud local, se valoran criterios médicos para determinar la necesidad de estos servicios y sus decisiones serán definitivas para otorgar el servicio.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

2. Repatriación de restos mortales

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

En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

3. Prolongación de la estancia de la persona asegurada en el extranjero por accidente o enfermedad

Esta cobertura ampara los gastos de hospedaje y/o alimentación, en caso de que la persona asegurada requiera prolongar su estancia en el extranjero para la continuidad de la atención médica por un accidente o enfermedad cubierta por el contrato, donde deberá presentar la debida justificación por el médico tratante.

Se cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

CONDICIONES GENERALES

r) Salpingectomía

Esta cobertura comprende la realización de una salpingectomía a las personas aseguradas directas.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite anual contratado, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro, según se detalla en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

s) Vasectomía

Esta cobertura comprende la realización de una vasectomía a las personas aseguradas directas.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite anual contratado, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro que aplica, según se detalla en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

t) Cobertura del VIH/SIDA

Al amparo de esta cobertura, serán indemnizados los gastos por enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y sus complicaciones, hasta un monto asegurado vitalicio por persona asegurada.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el monto asegurado vitalicio, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro se detalla en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

u) Terapias

Para cada persona asegurada se cubre hasta el de monto asegurado establecido, según la opción indicada en el plan contratado. Dicho monto asegurado es cubierto por año póliza y reinstalado en la siguiente prórroga obligatoria para el Instituto o renovación aceptada por la persona asegurada. Este servicio cubre los gastos elegibles médicamente necesarios y justificados para que la persona asegurada recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud que tenía antes de sufrir un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. La cantidad de sesiones de terapia y el monto asegurado se indicarán en las Condiciones Particulares.

CONDICIONES GENERALES

Dichas terapias deben estar reconocidas por el ente regulador de la salud respectivo.

En caso de tramitar esta cobertura mediante preautorización, persona asegurada deberá presentar un plan de tratamiento debidamente elaborado por el médico tratante, el cual debe contener el tratamiento que estima necesario para la recuperación del paciente.

Los rubros de procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos bajo esta cobertura son:

- a) terapia física brindada en consultorio por un fisioterapeuta;
- b) terapia para padecimientos de la columna vertebral (no quirúrgica);
- c) terapia ocupacional;
- d) terapia del lenguaje;
- e) terapia para tratamiento neuro-restaurativo;
- f) terapia respiratoria. (incluye inhaloterapia)

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite anual contratado, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro se detalla en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

v) Preexistencias Declaradas

Esta cobertura cubre todos los gastos relacionados de los padecimientos que sean declarados por el solicitante, al momento de la suscripción, como enfermedades preexistentes y aceptadas por el Instituto.

Las enfermedades preexistentes serán cubiertas siempre que no se encuentren expresamente excluidas en el contrato, ni se encuentren en período de espera. El límite de monto Asegurado máximo por año y por persona será el indicado en las Condiciones Particulares de conformidad con el plan contratado.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido y coaseguro de conformidad con el plan contratado.

CLÁUSULA IX. PERÍODOS DE ESPERA

Se establece un período durante el cual la persona asegurada no podrá hacer uso de la póliza y el Instituto no está obligado a indemnizar.

CONDICIONES GENERALES

Este período inicia en la fecha de emisión o inclusión al seguro y finalizará una vez se cumpla con el período de espera indicado en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA X. RIESGOS EXCLUIDOS

Esta cláusula presenta los riesgos excluidos que aplican para todas las coberturas excepto para la Cobertura de Muerte.

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

1. Accidentes provocados intencionalmente por la persona asegurada o en los que no medie la acción repentina de un agente externo.
2. Accidentes ocurridos o sufridos a la persona asegurada, con o sin intención, cuando éste último se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas o estupefacientes, no prescritos por un médico u odontólogo.
3. Accidentes donde la persona asegurada conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentre desempeñando sus funciones laborales.
5. El accidente o enfermedad sufrido por la persona asegurada como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.
6. Suicidio, estando o no la persona asegurada en uso de sus facultades mentales.
7. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, insurrección, participación en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual la persona asegurada esté participando.
8. Participación del tomador/persona asegurada en actividades ilícitas relacionadas con legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y otros delitos conexos.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XI. GASTOS EXCLUIDOS

Esta cláusula presenta los gastos excluidos que aplican para todas las coberturas.

En el caso de los Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad, así como Gastos médicos por hospitalización y cirugía, amparan los gastos siempre y cuando no sean amparados en otras coberturas suscritas para la póliza.

Este seguro no cubre consultas, tratamientos, pruebas de diagnóstico, suministros, complicación o cualquier otro gasto derivado o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito u ordenado por el médico u odontólogo tratante, o bien tratamientos que sí sean prescritos, pero no relacionados con el diagnóstico que se esté tratando al amparo de esta póliza, así como por profesionales que no se encuentren activos o habilitados en el ente regulador de la salud respectivo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura Enfermedades Congénitas del recién nacido.
3. Controles médicos no relacionados con el seguimiento de una enfermedad cubierta por la póliza.
4. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato, o que se originen del resultado del proceso de selección de riesgos individual.
5. Tratamientos experimentales.
6. Condiciones genéticas, enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o hereditarios diagnosticados antes de la inclusión en la póliza, a excepción de lo indicado en la Cobertura de Enfermedades congénitas del recién nacido.
7. Suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo
8. Toda aquella enfermedad mental tratada por médico no psiquiatra o que siendo psiquiatra no se encuentra legalmente autorizado y habilitado por las autoridades competentes del país para el ejercicio de su profesión.

CONDICIONES GENERALES

9. Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos, por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluyendo las cirugías bariátricas, así como las enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.
10. Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.
11. Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, la farmacodependencia, así como sus efectos secundarios.
12. Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del consumo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.
13. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio) excepto lo que se indique en la Cobertura Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra.
14. Métodos anticonceptivos independientemente del uso que determine el médico.
15. Vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico independientemente del uso que determine el médico, excepto lo que se indique en la cobertura Control Niño Sano.
16. Energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.
17. Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento incluyendo la mamoplastia.

Se exceptúa de esta exclusión cuando la cirugía reconstructiva es a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.
18. Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.
19. Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto y cualquier complicación provocada por éstos. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata,

CONDICIONES GENERALES

siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza. Solo aplica un juego de lentes por vigencia póliza.

20. Prótesis dentales, excepto que sean reemplazos de piezas dentales naturales.
21. Gastos odontológicos que no sean producto de una emergencia médica.
22. Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo que se indique en la cobertura Enfermedades congénitas del recién nacido.
23. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad independientemente del profesional que lo realice.
24. Consultas y/o tratamientos podiátricos.
25. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
26. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, plantillas ortopédicas y cualquier otro tipo de soporte, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
27. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
28. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.
29. Exámenes y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionada con ello.
30. Implantación de embriones.
31. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil excepto por un procedimiento a consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza.
32. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.

CONDICIONES GENERALES

33. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas), excepto lo indicado en la Cobertura de Tratamiento médico del Virus del Papiloma Humano.
34. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.
35. Bienes o servicios recibidos por la persona asegurada que hayan sido pagados por otros seguros.
36. Tratamientos y/o consultas realizados por la persona asegurada y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad, así como la auto prescripción médica.
37. Servicios médicos, exámenes o medicamentos ordenados o brindados a la persona asegurada tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que la persona asegurada tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
38. Tratamientos y/o cirugías no reconocidas por la comunidad médica internacional, así como los tratamientos practicados por personas que no sean médicos profesionales o que siendo médicos no se encuentran legalmente autorizado y habilitado por las autoridades competentes del país para el ejercicio de su profesión.
39. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.
40. Se excluye la práctica de cualquier deporte en forma profesional
41. No se cubren prótesis externas, excepto por un accidente cubierto por el seguro.
42. Todo tipo de tratamiento, consulta, y/o cirugía por concepto de: vasectomía, salpingectomía y circuncisión, excepto cuando la cirugía tenga como fin corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza excepto cuando esté cubierto bajo el plan contratado.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA XII. PERSONAS BENEFICIARIAS

El Asegurado definirá el beneficiario de su póliza. En todo momento durante la vigencia de este contrato el Asegurado puede cambiar de beneficiario (s), notificándolo por escrito al Tomador del seguro quien lo reportará al Instituto y surtirá efecto a partir de que se haga conocimiento del asegurador.

Si hubiere varios beneficiarios designados y algunos de ellos fallecieran antes que el Asegurado, la suma asegurada correspondiente será distribuida entre los beneficiarios designados sobrevivientes en proporción a su respectivo porcentaje.

Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado o si éste hubiere fallecido sin designar beneficiarios, la indemnización se girará a la sucesión de éste.

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 le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, PERSONA ASEGURADA O PERSONA BENEFICIARIA

CLÁUSULA XIII. RESIDENCIA

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que la persona asegurada directa y sus dependientes inscritos residen en Costa Rica. En caso de que alguno de las personas

CONDICIONES GENERALES

aseguradas esté fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos o no, la persona asegurada o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto.

Si la persona asegurada y/o sus dependientes se trasladan a residir fuera de la región centroamericana deberán cambiar su póliza a modalidad internacional, en cuyo caso se aplicarán las condiciones de residencia definidas para dicho producto.

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:

- I. Sea un (a) persona asegurada dependiente que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios.
- II. Sea la persona asegurada directa que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios o se encuentre desempeñando labores propias de su trabajo.

En caso de que la modalidad contratada corresponda a una cobertura Internacional, se aplicarán los siguientes recargos:

a. Póliza Familiar:

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

Si la persona asegurada va a residir en cualquier país de Latinoamérica (excepto Argentina), no hay recargo.

b. Póliza Unipersonal:

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

Si la persona asegurada va a residir en cualquier país de Latinoamérica (excepto Argentina), no aplica recargo.

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

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XIV. DEDUCIBLE ANUAL

Para poder hacer uso del seguro, la persona asegurada deberá asumir el deducible anual indicado en las Condiciones Particulares de este contrato y de conformidad con el plan contratado.

Para la acumulación de este deducible anual, la persona asegurada deberá presentar al Instituto los siguientes documentos:

- a. formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado,
- b. facturas originales y/o digitales (En el caso de Costa Rica, autorizadas, según Ministerio de Hacienda archivo xml),
- c. prescripciones y recetas médicas,
- d. resultados de los exámenes.

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo de servicios médicos de los gastos indemnizables, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por la persona asegurada, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

Una vez que la persona asegurada alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos incurridos por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo de servicios médicos y contemplando los coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada.

En caso de un mismo núcleo familiar, se aplicará un tope máximo de deducibles por año póliza, el cual se indicará en las condiciones particulares.

CLÁUSULA XV. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO

La participación máxima anual por accidente o por enfermedad de cada persona asegurada, por concepto de coaseguro se define en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado.

CLÁUSULA XVI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión, inexactitud o declaraciones falsas en que deliberadamente incurra la persona asegurada o la persona beneficiaria, 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 N°8956 en su artículo 32.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

La persona asegurada y o Tomador se compromete a través del Contrato de Seguros, a brindar información veraz y verificable, así como actualizar los datos y documentos que el Instituto le solicite, en cumplimiento de la Política Conozca su Cliente, según lo establecido en la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo N°7786 y en su normativa complementaria.

CLÁUSULA XVIII. OTROS SEGUROS

En caso de que la persona asegurada directa y/o sus dependientes 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 XIX. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

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

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

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

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

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XX. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

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

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

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XXI. PAGO DE PRIMAS

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

Si la persona asegurada o 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 a continuación:

Forma de Pago	Colones	Dólares
Anual	0%	0%
Semestral	5%	3%
Trimestral	7%	4%
Mensual	9%	5%

La forma de pago puede ser variada al vencimiento anual de la póliza. Los pagos de primas se podrán realizar en las Sucursales o Puntos de Venta del Instituto. Estos pagos, podrán efectuarse en efectivo, depósito bancario o transferencia. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción. La prima deberá pagarse dentro de los diez (10) días hábiles

CONDICIONES GENERALES

siguientes al perfeccionamiento del contrato, la fecha acordada de pago en los casos de pago fraccionado y/o el inicio de vigencia de una prórroga obligatoria o renovación aceptada del seguro, según corresponda.

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, el INSTITUTO quedará facultado para dar por terminado el contrato de seguros, de conformidad con el procedimiento establecido, en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

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.

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

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

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA PARA PRÓRROGA

CLÁUSULA XXIII. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

Cuando se dé una prórroga obligatoria para el Instituto o renovación aceptada por la persona asegurada, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, las cuales estarán indicadas en las Condiciones Particulares de conformidad con el plan contratado.

El ajuste de la prima del seguro se establecerá tomando en cuenta las primas vigentes, edad, sexo, coberturas, cantidad de personas aseguradas, experiencia siniestral previa de la cartera de este y otros productos de salud de esta aseguradora, inflación de costos médicos, así como recargos o descuentos relacionados al proceso de selección.

La modificación en primas se aplicará cuando la persona asegurada decida prorrogar o renovar su contrato, el ajuste, si corresponde se realizará en cada fecha de vigencia anual.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXIV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

En este seguro la suma asegurada se agota por persona, restituyéndose sus límites de cobertura para el año siguiente. Por cada persona asegurada se llevará un registro de saldos de la suma asegurada y la responsabilidad máxima del Instituto está limitada a dicha suma y a los sublímites detallados en las Condiciones Particulares de acuerdo con el plan contratado, de conformidad con los costos de servicios médicos.

La persona asegurada tiene libre elección médica, sin embargo, para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios) que brindan servicios de salud a las personas aseguradas.

El proveedor afiliado, es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por intermedio del Administrador de Servicios médicos, en atenciones hospitalarias.

Para los servicios ambulatorios, la persona asegurada deberá cubrir el costo de los mismos y posteriormente gestionar ante el Instituto el reembolso correspondiente.

La red de proveedores puede consultarse en el sitio www.grupoins.com/red-proveedores o mediante la línea gratuita 800-MEDICAL (800-633-4225) o llamando al 2284-8500.

Cuando requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviar un correo electrónico a la dirección autorizacionesins@grupoins.com, o entregar en el Instituto el formulario de Solicitud de pre-autorización, debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

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

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, de conformidad con las condiciones y montos pre-autorizados. La persona asegurada asume el costo del deducible anual y coaseguros estipulados y cualquier otro gasto no cubierto.

CONDICIONES GENERALES

La persona asegurada también puede utilizar bienes o servicios de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, en cuyo caso, la póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso.

Los gastos serán reconocidos de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares y de conformidad con el plan contratado, sujeto a completar el deducible anual y coaseguros establecidos en dicho documento.

Para el pago de los reclamos, a los gastos presentados e indemnizables, de acuerdo con el costo de servicios médicos, se rebajará el monto del coaseguro, según corresponda y al monto resultante, se aplicará el deducible anual para obtener el monto a pagar, según se establece en las Condiciones Particulares.

Enfermedad Aguda o Accidente fuera del país

Cuando la persona asegurada viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero (Anexo N°1). Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen a los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas del seguro Vital 360°, bajo la modalidad de reembolso, si los gastos son efectuados fuera de la región y una vez superado el deducible anual elegido.

Todos los gastos incurridos por la persona asegurada tanto dentro como fuera de Red se pagarán de acuerdo con el costo de servicios médicos. En las Condiciones Particulares se establece el deducible anual y coaseguro que aplican para los diferentes servicios médicos.

Si la persona asegurada se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero, de la póliza; se han dispuesto los siguientes números telefónicos, correspondientes al Administrador de Servicios Médicos:

Números Gratuitos

1 844 865 0804 USA

900 995 484 España

En caso de realizar llamadas de un teléfono móvil u otro sitio diferente a USA y/o España puede generarse un cobro dentro de la facturación telefónica.

Números Directos

+1 (407) 264-7118 USA

(091) 189-5152 ESPAÑA

CONDICIONES GENERALES

+1(407) 264-7118 Canadá/ Caribe/ Resto de las Américas*
+34 (91)189-5152 Europa/ Resto del mundo*

*Llamada para cobrar vía operadora internacional si este servicio se encuentra disponible desde el lugar donde se encuentra. También puede utilizar las líneas +1(305) 590-8016 y/o +34 (91)593-4227 y el correo electrónico: insinternacional@grupoins.com.

Medicina Virtual

La persona asegurada se pondrá en contacto con un médico a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o bien la página medicinavirtual@grupoins.com, donde podrá solicitar el servicio de medicina virtual en el que se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva, adicionalmente en aquellos casos donde sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá a la prescripción de los mismos, además confeccionará un historial clínico.

La consulta mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir no hay participación de la persona asegurada en deducible, coaseguro.

Si mediante medicina virtual se prescribe algún servicio médico, éste quedará sujeto a las condiciones del contrato según el servicio requerido.

CLÁUSULA XXV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

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

1. Gastos Médicos:

- a) el formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado,
- b) factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada según el Ministerio de Hacienda con el archivo xml),
- c) prescripciones y recetas médicas,
- d) resultados de los exámenes,
- e) la persona asegurada debe firmar el formulario "Autorización para consulta de expediente".
- f) Por accidente de tránsito copia de licencia, parte oficial de tránsito con resultado de alcoholemia.

CONDICIONES GENERALES

2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

- a) el Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado,
- g) factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada según el Ministerio de Hacienda con el archivo xml),
- b) prescripciones y recetas médicas,
- c) radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura,
- d) copia de la ficha odontológica completa,
- e) radiografía posterior al tratamiento.

3. Fallecimiento de la persona asegurada:

- a) carta de la persona beneficiaria solicitando la indemnización,
- b) certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción,
- c) fotocopia del documento de identificación, tanto de la persona beneficiaria como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento),
- d) en caso de que el fallecimiento sea producto de un accidente, copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre el alcohol (OH) o tóxicos de la sangre,
- e) manifestación escrita de la persona beneficiaria sobre los centros médicos donde fue atendido la persona asegurada,
- f) la persona beneficiaria debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”,
- h) en caso de presentar solicitud de reembolso, para el beneficio por Cobertura de Sepelio, deberá presentar factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada según el Ministerio de Hacienda con el archivo xml).

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

CLÁUSULA XXVI. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión a la persona asegurada, a la última dirección conocida por éste.
2. **Revocatoria:** La persona asegurada puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.

CONDICIONES GENERALES

- 3. Apelación:** La persona asegurada puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al superior jerárquico del departamento que declinó el recurso de revocatoria y ofrecer sus pruebas.
- 4. Solicitud de revisión del monto indemnizado:** En caso de que la persona asegurada no esté de acuerdo con el costo de servicios médicos 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 de servicios médicos 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 XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

Según la Ley 8956 Ley Reguladora del Contrato de Seguros y Ley 8653 Ley Reguladora del Mercado de Seguros el asegurador está obligado a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir del recibo del reclamo.

La persona asegurada podrá consultar sobre el estado del trámite de su reclamo por los siguientes medios:

1. Teléfono: 800-Teleins (800-8353467)
2. Correo electrónico: contactenos@grupoins.com.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

CLÁUSULA XXVIII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza, es un seguro de gastos médicos anual prorrogable obligatoriamente para el Instituto y renovable en el tanto la persona asegurada lo acepte; entrará en vigor el día en que haya sido aceptado el riesgo o se pague la prima.

Asimismo, la vigencia de esta póliza iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y la misma terminará el día de la fecha de aniversario siguiente,

CONDICIONES GENERALES

entendiéndose prorrogable obligatoriamente para el Instituto y/o renovable indefinidamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de este Contrato y estará vigente mientras la persona asegurada, esté incorporado a la póliza.

CLÁUSULA XXIX. FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

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

1. Por falta de pago total o parcial de la prima, según la forma de pago de la prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia correspondiente. Lo anterior, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 37, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
2. Se compruebe que la persona asegurada ha declarado el riesgo de forma falsa o inexacta, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo la póliza no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones.
3. Si la persona asegurada incumple con lo establecido en la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo N°7786 y en su normativa complementaria.
4. Incumplimiento de las Obligaciones del Tomador del seguro, persona asegurada o persona beneficiaria de este contrato.

CLÁUSULA XXX. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

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

1. Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente tabla,

CONDICIONES GENERALES

para lo cual deberá reembolsar a la persona asegurada directa y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o prórroga hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	23%
Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	32%
Más de 35 hasta 65 días naturales	38%
Más de 65 hasta 95 días naturales	49%
Más de 95 hasta 125 días naturales	49%
Más de 125 hasta 155 días naturales	64%
Más de 155 hasta 185 días naturales	71%
Más de 185 hasta 215 días naturales	77%
Más de 215 hasta 245 días naturales	83%
Más de 245 hasta 275 días naturales	88%
Más de 275 hasta 305 días naturales	92%
Más de 305 hasta 335 días naturales	96%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

- En caso de que se efectúe la exclusión de uno o varias personas o núcleos asegurados en la póliza, pero la póliza se mantenga vigente, la devolución de las primas se deberá efectuar a prorrata.

Para efectos de los puntos 1. y 2. anteriores, cuando existan reclamos indemnizables de una o varias personas o núcleos asegurados en una póliza individual, se retendrá el cien por ciento (100%) de la prima pagada de esa persona asegurada en la póliza.

La persona asegurada mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior de la fecha de cancelación.

SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXI. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en la modalidad individual.

CLÁUSULA XXXII. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

Las edades de contratación y cobertura tanto la persona asegurada directa como de las personas aseguradas dependientes se indican en las Condiciones Particulares.

Los hijos que cumplan la edad máxima de cobertura antes del vencimiento anual del seguro se mantendrán cubiertos hasta la próxima prórroga obligatoria o renovación anual

CONDICIONES GENERALES

aceptada; pudiendo continuar asegurados bajo una póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro con los mismos beneficios. Para otorgar dicho beneficio, el hijo debe haber estado asegurado como dependiente en forma ininterrumpida por un período de un (1) año antes de pasar a ser una persona asegurada directa y debe presentar la solicitud de traslado dentro de los treinta (30) días naturales previos a la fecha de terminación de su cobertura y pagando la prima correspondiente al rango de edad.

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

En el caso de niños nacidos en un parto cubierto por esta póliza como resultado de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como los niños nacidos fuera del seguro, si la persona asegurada directa desea incluirlo en la póliza, deberá presentar la solicitud del seguro, para continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento. Podrán incluirse a partir del día treinta y uno (31) de su nacimiento.

CLÁUSULA XXXIII. 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 de la persona asegurada en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XXXIV. SUBROGACIÓN

La persona asegurada 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, la persona asegurada se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

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.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXXVI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

CLÁUSULA XXXVII. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre la persona asegurada y/o Tomador y el Instituto, se efectuarán en la moneda en que se haya pactado el Contrato de Seguro -ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses- y quedará especificado en las Condiciones Particulares.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXXVIII. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

CLÁUSULA XXXIX. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y la persona asegurada y/o las personas beneficiarias, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta Póliza podrán ser resueltos a través de los diferentes medios establecidos sin perjuicio de la Ley N° 7727, Ley sobre Resolución

CONDICIONES GENERALES

Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social (RAC), de 9 de diciembre de 1997, o en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XL. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta Póliza serán remitidas por el Instituto directamente a la persona asegurada o quien en su nombre ejerza representación o bien, enviarlos por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por la persona asegurada en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

La persona asegurada deberá reportar por escrito al Instituto el cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

CLÁUSULA XLI. DOMICILIO CONTRACTUAL DE LA PERSONA ASEGURADA

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

SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-76-A01-1097** de fecha **03 de mayo del 2024**.