


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
CONDICIONES PARTICULARES**

Lugar y fecha de emisión		N° de póliza	
Nombre del Tomador del Seguro	Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica		
Dirección del tomador			
Teléfono		Vigencia: Desde 01-10-2017 Hasta 01-10-2018	
Asegurados:	Según se detalla en el punto I. de este documento.		
El objeto asegurado y condiciones específicas del aseguramiento se detallan a continuación en este documento.			
Prima		Ámbito de cobertura	Regional
Forma de pago		Moneda	Modalidad
		Dólares	contributiva
Medio para recibir notificaciones			

**MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN**

Para contactar al Instituto puede hacerlo por los siguientes medios:

- Dirección Oficinas Centrales, calle 9 y 9 Bis, Avenida 7. San José.
- Central telefónica del INS 2287-6000.
- Consultas sobre seguros: 800-835-3467 TeleINS.

Correos: Consultas sobre seguros: [contactenos@ins-cr.com](mailto:contactenos@ins-cr.com),

Sugerencias o quejas: [cservicios@ins-cr.com](mailto:cservicios@ins-cr.com)

También puede comunicarse con su agente de seguros o en cualquier Sede del Instituto en: Liberia, Nicoya, Puntarenas, San Ramón, Pavas, Cartago, San Isidro del General, Ciudad Neily, Turrialba, Limón, Guápiles, Guadalupe, Heredia, Alajuela, Ciudad Quesada, Desamparados, Tibás, San Pedro.

**ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento al Instituto, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales puede accederlas en la dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com).



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### I. ASEGURADOS DE LA PÓLIZA

El grupo asegurable son los asociados del Colegio de Cirujanos Dentistas y sus familiares dependientes.

El número de Asegurados Directos será de 50 asegurados directos al momento de la emisión, al finalizar el primer año, el contrato deberá contar con al menos 500 asegurados directos, de lo contrario se deberá cotizar nuevamente la póliza.

### II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De conformidad con lo acordado con el Tomador del Seguro, se detallan los requisitos de asegurabilidad que deberán aportar los Asegurados que deseen ser incluidos en esta póliza, para las coberturas de Gastos Médicos.

#### REQUISITOS GENERALES

- i. Solicitud debidamente cumplimentada por el cliente y dependiente mayor de edad.
- ii. Completar la boleta de “Autorización para consulta de expediente”.
- iii. El Tomador del seguro debe cumplir con los requisitos establecidos en el “Manual para la aplicación de la política Conozca a su Cliente”.
- iv. A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).
- v. Carta del asegurado autorizando al intermediario a trasegar información confidencial de su persona, con el Instituto, en caso de requerirse.

#### REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES

Independientemente de la modalidad de aseguramiento (colectivo o individual)

EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 55 años	Solicitud de seguro
De 56 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro y batería de exámenes (**)

**(\*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Informe del médico de cabecera sobre las enfermedades que le ha tratado o le está tratando, Examen médico, Uroanálisis, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción DHL), Triglicéridos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.**

**(\*\*) Batería de exámenes mayores de 70 años: Informe del médico de cabecera sobre las enfermedades que le ha tratado o le está tratando, Examen médico, uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Transaminasas SGPT y SGOT, Gamaglutiltranspeptidasa, Bilirrubina total, Bilirrubina directa, Bilirrubina indirecta, Creatinina, Nitrógeno ureico, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción HDL), Triglicéridos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).**

**A excepción del informe del médico de cabecera, los demás exámenes corren por cuenta**



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES

del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.

En el caso de Residentes Permanentes, el solicitante debe presentar la copia de la cédula de residencia, sobre la cual el intermediario de seguros o funcionario de la Sede haga constar que tuvo a la vista el original del documento y da fe del mismo mediante su firma y nombre en este documento.

### REQUISITOS PARA RESIDENTES TEMPORALES

- a. Deben presentar fotocopia de la cédula de residencia emitida por la Dirección General de Migración y Extranjería o DIMEX. Sin este documento no se autoriza el seguro.
- b. Además, deben demostrar su condición mediante:
  - i. Trabajador en Costa Rica: Debe aportar carta del patrono donde indique el período del contrato.
  - ii. Si el solicitante es su propio patrono, debe demostrar otro tipo de arraigo de los aquí señalados.
  - iii. Estudiante en Costa Rica: debe presentar carta del Centro Educativo donde se compruebe el período de matrícula, que conste que es estudiante regular y el plan de estudios que seguirá.
  - iv. Arraigo en Costa Rica: debe presentar una certificación de la CCSS que indique desde cuándo la persona está cotizando para esa entidad. Se aceptará como mínimo dos años de cotizaciones.
  - v. Que sea cónyuge o conviviente de un costarricense residente, (según lo definen los arts. 73 y 73 bis de la Ley de Migración y Extranjería), ambos con más de tres años de vivir en Costa Rica.
  - vi. Residentes temporales con póliza Gastos Médicos del INS:
    - Mínimo 1 año de contar con el seguro.
    - Siniestralidad promedio en los últimos tres años menor al 50%. Si la siniestralidad es igual o mayor al 50% no se le ofrece el seguro de INS Medical. (De este estudio siniestral se excluirán los embarazos, casos agudos y chequeos).

### RESIDENTES TEMPORALES

EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 49 años	Solicitud de seguro
De 50 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro y batería de exámenes (**)

**(\*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Informe del médico de cabecera sobre las enfermedades que le ha tratado o le está tratando, Examen médico, Uroanálisis, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción DHL), Triglicéridos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.**

**(\*\*) Batería de exámenes mayores de 70 años: Informe del médico de cabecera sobre las enfermedades que le ha tratado o le está tratando, Examen médico, Uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas,**



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

**Transaminasas SGPT y SGOT, Gamaglutiltranspeptidasa, Bilirrubina total, Bilirrubina directa, Bilirrubina indirecta, Creatinina, Nitrógeno ureico, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción HDL), Triglicéridos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).**

**Nota: A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).**

**A excepción del informe del médico de cabecera, los demás exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.**

**Nota: En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente.**

### **Residente en el Exterior:**

**Colectivo: Es asegurable solamente en pólizas colectivas no contributivas donde la empresa cuenta con empleados extranjeros trabajando también en el exterior.**

**En este caso las pruebas de asegurabilidad que se soliciten corren por cuenta del solicitante, así como el proceso de consularización de los mismos.**

### III. RESIDENCIA TEMPORAL

En caso que el Asegurado Directo y sus dependientes estén fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos, el Asegurado o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto, quien evaluará la petición y resolverá de acuerdo con los parámetros que se detallan a continuación:

Los recargos a aplicar son los siguientes:

#### **a. Póliza Familiar:**

Se aplicará un recargo de un **(25%)** a la prima del grupo familiar, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina y el resto del mundo.

En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

#### **b. Póliza Unipersonal:**

Se aplicará un recargo del **(100%)** a la prima, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina y el resto del mundo.

En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

También aplica recargo bajo los siguientes casos:

1. La persona asegurada forme parte de un grupo asegurado, en el cual dicha persona haya sido transferida a residir en el extranjero, siempre y cuando el número total de personas transferidas



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

residiendo en el extranjero no represente más de un cinco por ciento (5%) del total de dicho grupo asegurado.

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

### IV. CUADRO DE BENEFICIOS

A continuación, se describen las coberturas suscritas para esta póliza así como la suma asegurada elegida para cada una de las coberturas descritas o bien el beneficio que otorgan. Mediante el Anexo de Coberturas se brinda el alcance de cada cobertura.

**Nota importante:** La suma asegurada en las coberturas básicas y sublimitadas no puede superar el total del beneficio máximo anual por asegurado indicado en estas Condiciones.

<b>Beneficio Máximo Anual por Asegurado</b>	Anual Renovable	\$100.000
<b>Desembolso Máximo Anual (Stop loss)</b>	\$2.500	
<b>ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO Y COASEGURO CONTRATADO</b>		
<b>Modalidad</b>	Colectiva	
<b>Ámbito de Cobertura</b>	Regional	
<b>Deducible Anual por Persona</b>	\$ 100 (se aplica máximo 3 por familia al año póliza)	
<b>Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria</b>		
<b>Costa Rica</b>	Máximo por consulta General: \$ 50	Máximo por consulta Especialista: \$ 90
<b>Fuera de Costa Rica</b>	Costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica	
<b>Copagos</b>		
<b>Copago en Gastos Ambulatorios</b>	Consultas \$20 por cada visita al médico ( <b>Atención Médica Primaria no aplica copago</b> )	
<b>Copago por Hospitalización</b>	No aplica	
<b>Deducible anual</b>		
<b>Gastos Ambulatorios</b>		
<b>Dentro de Red de Proveedores (pago directo)</b>	<b>Fuera de Red de Proveedores (reembolso)</b>	<b>Medicamentos</b>
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	Atención Primaria: no acumula deducible anual
		Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual



### SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Gastos Hospitalarios			
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos	
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	Fuera de la red de proveedores debe acumular deducible anual	
Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)			
<b>Tarifa diaria máxima de cuarto normal fuera de red:</b> \$ 400 en Costa Rica y Centroamérica / \$1.000 en el Resto del Mundo			
<b>Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red:</b> \$ 800 en Costa Rica y Centroamérica / \$1.500 en el Resto del Mundo			
Coaseguro			
Gastos ambulatorios (excepto consultas ambulatorias)			
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)		
Costa Rica	Costa Rica y Centroamérica		
0% coaseguro Atención Médica Primaria	30% coaseguro		
10% coaseguro Red Preferente	Sin preautorizar: 40% coaseguro		
Costa Rica, Centroamérica y resto del mundo	Resto del mundo		
20% coaseguro	30% coaseguro		
	Sin preautorizar: 40% coaseguro		
Gastos hospitalarios			
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)		
Costa Rica, Centroamérica y resto del mundo	Costa Rica, Centroamérica y resto del mundo		
20% coaseguro	30% coaseguro		
<b>Importante: Todos los gastos médicos con montos iguales o superiores a \$300 deberán ser pre-autorizados por el INS, a excepción de los medicamentos, estos no requieren pre-autorización y se pagarán vía reembolso.</b>			
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	\$ 100.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. <b>Nota:</b> En Centroamérica y en el Resto del Mundo deberá ajustarse de acuerdo al ámbito de cobertura (regional o internacional)	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades
Gastos médicos por hospitalización y cirugía	\$ 100.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. <b>Nota:</b> En Centroamérica	


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
CONDICIONES PARTICULARES**

		y en el Resto del Mundo deberá ajustarse de acuerdo al ámbito de cobertura (regional o internacional)	preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica y 60 días naturales fuera de la región.
Prótesis Quirúrgicas	Hasta \$100.000 por año póliza	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. <b>Nota:</b> En Centroamérica y en el Resto del Mundo deberá ajustarse de acuerdo al ámbito de cobertura (regional o internacional)	30 días mínimo y según el padecimiento
<b>Parámetros de servicio</b>			
Gastos ambulatorios por accidente		Cubierto al 100% las primeras 24 horas de ocurrido el accidente. En este rubro no aplica período de carencia.	
Laboratorio, rayos X, exámenes especiales		Aplicación de coaseguro ó deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.	
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anestesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)		Aplicación de coaseguro ó deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.	
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios		Aplicación de coaseguro ó deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.	
Visita médica intrahospitalaria de especialista		Aplicación de coaseguro ó deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria / Máximo cubierto \$150 por médico	
Visita médica intrahospitalaria de especialista en unidad de cuidados intensivos		Aplicación de coaseguro ó deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria/Máximo cubierto \$300 por médico	
<b>Detalle de Coberturas Sublimitadas (Cubiertas sin aplicación de deducible anual y coaseguro)</b>			
<b><u>Cobertura adicional</u></b>	<b><u>Monto máximo</u></b>	<b><u>Período de carencia</u></b>	
Evacuación y/o repatriación por razones médicas****	Según contrato	60 días	
Repatriación de restos mortales+	\$ 2.500	60 días	



### SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad (máximo 10 días monto fijo) +	\$ 100 diarios	60 días
<b>****Opera superado el deducible anual y aplica los copagos y coaseguros. + No aplica deducible anual ni coaseguros, cubre de acuerdo al sublímite.</b>		
<b>Coberturas Sujetas a Sublímite (Cubiertas después de asumir el deducible, el coaseguro se aplica según lo negociado)</b>		
<u>Cobertura adicional</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.	Hasta \$ 12.500 <hr/> Terapias Hasta \$ 1.250	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión a menos que esté declarado y no haya superado el período de carencia
Prematurez	Hasta \$ 30.000 <hr/> Terapias Hasta \$ 3.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión a menos que esté declarado y no haya superado el período de carencia
Aparatos de apoyo	Hasta \$ 5.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Cuidados en el hogar	Máximo 30 días por año póliza	30 Días mínimo y según el padecimiento
Terapias	Máximo 20 sesiones por evento	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Tratamiento de alergias	Hasta \$150	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Tratamiento de enfermedades mentales	Hasta \$ 1.000 (por reembolso)	10 meses
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta \$ 3.750	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de buceo	Hasta \$ 5.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de fútbol	Hasta \$ 5.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Deportes	Hasta \$ 5.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días





### SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

		fuera de la región
Transporte en ambulancia terrestre	al 100% según contrato	30 días mínimo y según el padecimiento
Transporte en ambulancia aérea	Hasta \$ 15.000 por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
Transporte por evacuación	100%	30 días mínimo y según el padecimiento
<b>Coberturas con monto vitalicio</b>		
<u>Cobertura adicional</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
<b><u>Monto para menores de 70 años</u></b>		
Trasplante de órganos	\$ 75.000	24 meses
<b><u>Monto para mayores de 70 años</u></b>		
Trasplante de órganos	\$ 30.000	24 meses

#### Notas:

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas sublimitadas se deducen del monto asegurado indicado para la (s) cobertura (s) básica (s), es decir el monto total cubierto no podrá exceder el monto asegurado que se indica para las Coberturas Básicas.

#### V. PAGO DE PRIMAS

Si el Tomador selecciona una forma de pago diferente de la anual, deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en el cuadro adjunto y en el formulario Solicitud de Seguro.

#### *Dólares*

Forma de Pago	Porcentaje de Recargo	Forma de Cálculo de la prima
Mensual	5%	Prima anual *1.05/12
Trimestral	4%	Prima anual *1.04/4
Semestral	3%	Prima anual *1.03/2
Anual		No incluye recargo

#### VI. PERIODOS DE GRACIA

Si el Tomador selecciona una forma de pago diferente de la anual, podrá gozar de un período de gracia de acuerdo a la siguiente tabla:

Forma de Pago	Forma de Cálculo de la prima
Mensual	10 días hábiles



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Forma de Pago	Forma de Cálculo de la prima
Trimestral	10 días hábiles
Semestral	10 días hábiles
Anual	20 días hábiles

### VII. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Asegurado Directo	A partir de los 18 años	Sin límite o a la edad pactada
Cónyuge o conviviente	A partir de los 18 años	Sin límite o a la edad pactada
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Sin límite o a la edad pactada
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	Sin límite o a la edad pactada
Hijos, mayores de edad	Sólo si padecen una condición especial (de salud o mental) que justifique la dependencia económica y según se haya pactado con el Tomador del Seguro.	Sin límite o a la edad pactada

Los familiares a incluir como dependientes del Asegurado Directo, deben mantener una dependencia económica con el Asegurado Directo.

### VIII. PERIODOS DE CARENCIA

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos máximos de carencia donde a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, excepto en los casos de accidentes o emergencia, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los diagnósticos indicados en el cuadro adjunto. **Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia.**

Cobertura	Carencia
<b>Catarata, glaucoma</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Enfermedades de la tiroides</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Litiasis vesicular y/o de las vías biliares</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Enfermedad de la próstata</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Enfermedades del aparato genital femenino,</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
CONDICIONES PARTICULARES**

Cobertura	Carencia
<b>mamas y prolapsos genitourinarios</b>	
<b>Hemorroides y fisura anal</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos
<b>Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cual sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite</b>	Hasta diez (10) meses consecutivos

Con relación a los periodos de carencia indicados en el cuadro de coberturas y beneficios y los determinados en el cuadro anterior; si los gastos incurridos se relacionan con los órganos, enfermedades o procedimientos antes citados y estos sean considerados como congénitos y/o hereditarios, o preexistentes, no serán cubiertos por este seguro.

Asimismo, el Instituto brindará cobertura a los gastos médicos que se erogan por los padecimientos indicados, siempre que los mismos se diagnostiquen luego de superado el período de carencia.

**IX. CANCELACIÓN ANTICIPADA**

En caso de terminación anticipada de la póliza, a solicitud del Tomador del Seguro en caso de exclusión de asegurados, se establece la siguiente tabla de cancelación anticipada, la cual detalla el porcentaje de la prima anual a retener:

**Tabla de cancelación anticipada**

<i>Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación</i>	<i>Porcentaje devengado de la prima anual</i>
Hasta 30 días	35%
Más de 30 días a 60 días	44%
Más de 60 días a 90 días	51%
Más de 90 días a 120 días	59%
Más de 120 días a 150 días	66%
Más de 150 días a 180 días	72%
Más de 180 días a 210 días	78%
Más de 210 días a 240 días	83%
Más de 240 días a 270 días	88%
Más de 270 días a 300 días	92%
Más de 300 días a 330 días	96%
Más de 330 días a 360 días	100%



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### X. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS

- **Cobertura de Gastos Médicos**

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

#### 1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpressiones no se consideran documentación válida).
- c) Comprobantes de pago en caso que se requieran.
- d) Prescripciones y recetas médicas.
- e) Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- f) El Asegurado debe firmar el formulario "Autorización para consulta de expediente".

#### 2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

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

### XI. CONDICIONES ESPECIALES QUE APLICAN PARA ESTE SEGURO

En relación a lo establecido en las Condiciones Generales y/o Anexos, para el correcto uso del seguro, se aclara lo siguiente:

- Aplicar la definición de Costo de servicios médicos de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

**Costo de servicios médicos:** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor afiliado 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.

- Aplicar la definición de Deducible de acuerdo al texto que a continuación se detalla:



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

**Deducible:** Suma fija anual que debe asumir el Asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos indemnizables y objeto de reembolso por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Se detalla en Condiciones Particulares.

- Para el adecuado uso del presente contrato, se incluye la siguiente definición:

**Gastos incurridos:** Son los costos de servicios médicos generados por el Asegurado para la atención de accidente, emergencia o enfermedad.

- Aplicar la definición de Gastos Indemnizables de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

**Gastos Indemnizables:** Son los costos de servicios médicos cubiertos bajo esta póliza, los cuales están sujetos a la aplicación del deducible, copago y/o coaseguro.

- Aplicar la Cláusula Ámbito de Cobertura de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

### 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. Regional:** El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos, de los gastos indemnizables del Asegurado en Centroamérica y Panamá; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad 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.
- b. 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 servicios médicos de los gastos indemnizables del Asegurado en Costa Rica y el resto del mundo como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza, según los costos de servicios médicos del área geográfica donde recibió la atención o servicio.

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

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

- Aplicar la Cláusula Participación del Asegurado en los Gastos de acuerdo al texto que a continuación se detalla:



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### Participación del Asegurado

(...)

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 el Tomador, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible. La acumulación del deducible, aplicará únicamente en gastos ambulatorios excepto consultas médicas.

Una vez que el Asegurado alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos indemnizables por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo de servicios médicos y contemplando los copagos y/o coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada. Este reembolso aplicará únicamente en exceso del deducible anual escogido.

(...)

- Aplicar la Cláusula Utilización del Seguro de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

### Utilización del Seguro

(...)

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos indemnizables, de conformidad con las condiciones y montos autorizados previamente informados. El Asegurado asume el costo del deducible anual, copagos o coaseguros estipulados y cualquier otro gasto que no sea objeto de cobertura. No obstante, esta participación de los gastos podrá ser negociada con el Tomador y quedará establecida en las Condiciones Particulares.

El Asegurado también puede utilizar los 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 de conformidad con el costo de servicios médicos; en estos casos el médico o clínica no tiene precios negociados con el Instituto y se aplicará un coaseguro mayor.

En algunas coberturas que se requiera utilizar servicios hospitalarios y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costo y que involucren gran tecnología, ya sea que necesiten internamiento hospitalario o no, que no sean por emergencia, requerirán de pre-autorización. De no cumplirse con este requisito, las coberturas serán cubiertas de conformidad con el porcentaje de coaseguro mayor el cual estará definido en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares.

Todo gasto cubierto será reconocido de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual, los copagos o coaseguros establecidos en dicho documento.

El copago es aplicable a la consulta médica. Los demás gastos son objeto de aplicación del coaseguro establecido en las Condiciones Particulares, el cual se calcula sobre los gastos indemnizables.



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### Utilización del seguro fuera de Costa Rica

(...)

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos. Si el seguro contratado su ámbito de cobertura es Regional, pero debe utilizar la póliza fuera de la región, serán tramitados únicamente por reembolso y al costo de servicios médicos de la región.

En las Condiciones Particulares según las coberturas contratadas se establecen el deducible anual, copagos y coaseguros que aplican en los diferentes servicios médicos.

- Todos los gastos iguales o mayores a \$300 deben ser pre-autorizados, a excepción de medicamentos, estos no requieren pre-autorización y serán pagados vía reembolso.
- Para los gastos médicos por hospitalización y cirugía no aplica copago hospitalario.
- Los medicamentos por gastos ambulatorios, acumulan para el deducible anual, dentro o fuera de la red de proveedores del INS, los medicamentos por gastos hospitalarios no acumulan en el deducible.
- Los gastos ambulatorios indemnizables fuera de la red de proveedores del INS acumulan para el deducible anual.
- Los gastos ambulatorios indemnizables dentro de la red de proveedores del INS no requieren haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante, para efecto de la liquidación si se les aplica en consulta el copago y el coaseguro en los demás gastos.
- Los gastos por hospitalización indemnizables dentro de la red proveedores del INS no requieren haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante, para efecto de la liquidación si le aplica coaseguro.
- Los gastos por hospitalización indemnizables fuera de la red de proveedores del INS acumulan para el deducible anual.
- Una vez superado el deducible se aplicará el copago o coaseguro según corresponda a los gastos indemnizables.
- En caso de utilizar algún servicio médico sin la respectiva pre-autorización, se aplicará el coaseguro del 40% si es fuera de la red de proveedores.
- Los montos menores a \$300 se pagarán vía reembolso, en caso de requerir pago directo deberá solicitarse la pre-autorización.
- Para la cobertura de maternidad se aplicará los copagos correspondientes en el caso de consultas médicas.

## XII. UTILIZACION DEL SEGURO

Se detalla en la Propuesta de Seguro, la cual fue aceptada por el Tomador del Seguro.

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
CONDICIONES PARTICULARES****XIII. 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 **P20-64-A01-694** de fecha **05 de noviembre del 2016**.

**SEDE INS SAN JOSE****DIRECTOR EJECUTIVO SEDE INS SAN JOSE**