



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

Lugar y fecha de emisión: San José, 17 de marzo del 2022	
IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	
N° de póliza: 01 01 ING 0000078 00	Vigencia: Desde: 01-01-2022 Hasta: 01-01-2023
IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO	
Nombre del Tomador de Seguro y/o Asegurado: Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica	
Cédula Jurídica o Número de identificación del Asegurado y/o Tomador: 3-007-045427	
Teléfono del Tomador y/o Asegurado: Central del Colegio 2202-3634, Directo Doña Ethel: 2202-3711	Correo Electrónico del Tomador y/o Asegurado: efranco@colabogados.cr (directora ejecutiva actual – Licda. Ethel Franco Chacón)
Dirección del Tomador y/o Asegurado: 100 metros oeste y 100 metros norte de la rotonda de las Garantías Sociales	
Medio para recibir notificaciones:	Correo electrónico
OBJETO DE INTERÉS	
Coberturas indicadas en este documento.	
Suma Asegurada: ¢ 45.000.000. A partir de los 70 años ¢ 15.000.000	
PRIMA INDIVIDUAL	
Prima: Según cuadro de primas por rango de edad y género.	Forma de pago: Semestral
Ámbito de Cobertura: Regional	
Moneda: colones	
Tipo de Seguro: Colectivo	
Modalidad Contributiva	

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,
- Sugerencias o quejas: cservicios@ins-cr.com

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

TEMAS ADICIONALES

Este documento incluye los aspectos más relevantes del Seguro Médico Colectivo del INS-TIPO-.

CONDICIONES QUE DEBE OBSERVAR PARA LA EFECTIVIDAD DEL SEGURO

La póliza a la cual se encuentra suscrito está sujeta a una serie de condiciones que deben ser observadas para hacer efectivo el seguro, incluyendo la posibilidad de ajustes o variaciones de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales. A continuación, se resumen algunos de los aspectos más importantes:

I. ASEGURADOS DE LA PÓLIZA

El grupo asegurable son los colegiados del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica y sus familiares dependientes.

El número de Asegurados Directos no será menor a 10 Asegurados Directos.

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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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: Examen médico, Uroanálisis, Perfil de lípidos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.	
(**) Batería de exámenes mayores de 70 años: Examen médico, uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT), Bilirrubina total (directa e indirecta), Creatinina, Perfil de lípidos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).	
Los 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.	
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
<p>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.</p> <p>b. Además, deben demostrar su condición mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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: Examen médico, Uroanálisis, Perfil de lípidos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.	
(**) Batería de exámenes mayores de 70 años: Examen médico, Uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT), Bilirrubina total (directa e indirecta), Creatinina, Perfil de lípidos, 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).	
Los 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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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 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 asegurado indicado en estas Condiciones.

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	Anual Renovable	¢ 45.000.000
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	Anual Renovable	¢ 15.000.000
Desembolso Máximo Anual (Stop loss)	¢ 3.750.000	
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Ámbito de Cobertura	Regional	
Deducible Anual por Persona	¢ 150.000	
Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria		
Costa Rica	Máximo por consulta General: ¢45.000	Máximo por consulta Especialista: ¢45.000
Fuera de Costa Rica	¢45.000	
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	Atención Primaria, Red de Servicios Médicos del INS y

SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

		Medicina Virtual: no acumula deducible anual
		Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual (incluyendo Red Preferente)

Gastos Hospitalarios			
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos	
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumulan para el deducible	
Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)			
Tarifa diaria máxima de cuarto normal fuera de red: ¢ 200.000 en Costa Rica y Centroamérica / ¢ 500.000 en el Resto del Mundo			
Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red: ¢ 400.00 en Costa Rica y Centroamérica / ¢ 750.000 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 y Centroamérica	Costa Rica y Centroamérica (Reembolso)		
20% coaseguro	Preautorizado: 30% coaseguro		
	Sin preautorizar: 40% coaseguro		
Resto del mundo	Resto del mundo		
20% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica	30% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica		
Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%.			
Servicio de medicina virtual incluido, ver Anexo de Utilización del Seguro.			
Gastos hospitalarios			
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)		
Costa Rica y Centroamérica	Costa Rica y Centroamérica		
20% coaseguro	Preautorizado: 30% coaseguro		
	Sin preautorización: 40% coaseguro		
	Resto del mundo		
	30% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica		
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	¢ 45.000.000 A partir de los 70 años ¢ 15.000.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. Nota: En Centroamérica y en el Resto del Mundo deberá ajustarse de acuerdo con el ámbito de cobertura	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 preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias	¢ 22.500.000		
Gastos por accidentes dentales.	¢ 1.000.000		
Gastos médicos por hospitalización y cirugía	¢ 45.000.000 A partir de los 70 años ¢ 15.000.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. Nota: En Centroamérica y en el Resto del Mundo deberá ajustarse de acuerdo con el ámbito de cobertura (regional o internacional)	
Prótesis Quirúrgicas	¢ 2.000.000 por año póliza	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. Nota: En Centroamérica y en el Resto del Mundo deberá ajustarse de acuerdo con el ámbito de cobertura (regional o internacional)	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.
Parámetros de servicio			
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 o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.		
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anesthesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.		
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.		

SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Visita médica intrahospitalaria de especialista	Aplicación de coaseguro o 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 o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria/Máximo cubierto \$300 por médico

Detalle de Coberturas Sublimitadas

<u>Coberturas sublimitadas</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
Maternidad (incluye gastos pre y post natales, parto normal ó cesárea, parto múltiple y complicaciones) *	¢ 2.000.000	13 meses

***A estas coberturas no se les aplica deducible anual ni coaseguro**

Coberturas Sujetas a Sublímite

(Cubiertas después de asumir el deducible, el coaseguro se aplica según lo negociado)

<u>Coberturas sublimitadas</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
Aparatos de apoyo	¢ 1.500.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Tratamientos de alergias	Hasta ¢ 1.500.000 pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo ¢75.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Transporte en ambulancia terrestre	Al 100% según contrato	30 días mínimo y según el padecimiento
Transporte en ambulancia aérea	Hasta ¢ 1.500.000 por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
Deportes	Hasta ¢ 1.500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de fútbol	Hasta ¢ 1.500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	Hasta ¢ 1.000.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta ¢ 2.000.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región

Notas:

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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. CONTINUIDAD

Los asegurados que se encuentren en las pólizas de Gastos Médicos N° 01-01-GMM-26, 01-01-GMM-30, 01-01-GMM-32 y 01-01-GMM-306

a. Levantamiento de periodos de carencia

- Para los asegurados incluidos antes del 01 de enero de 2022, se reconocerá el tiempo transcurrido para los períodos de carencia.

b. Preexistencias

- **Asegurados actuales:** Las exclusiones contractuales se mantienen y los recargos individuales por subnormalidad. Se establece un período de carencia de 12 meses a partir de la inclusión del beneficio en el contrato.
 - a. Las enfermedades amparadas en el contrato anterior, se mantendrán cubiertas hasta los límites y condiciones del seguro anterior.
 - b. Los diagnósticos cubiertos en el seguro anterior se mantendrán cubiertos en este seguro bajo los límites y condiciones del seguro anterior.
 - c. Los diagnósticos cubiertos en el seguro anterior bajo una cobertura sublimitada, se mantendrán cubiertos en el nuevo seguro y se indemnizará con el monto menor ya sea del sublímite o de la cobertura de preexistencia.

c. Formularios:

- Asegurados actuales: se requiere proceso de selección de riesgos (en los casos que corresponda) y se debe cumplimentar la Solicitud de seguro.

VI. 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.

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

VII. PERIODOS DE GRACIA

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

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

VIII. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Asegurado Directo	A partir de los 18 años	Sin límite
Cónyuge o conviviente	A partir de los 18 años	Sin límite
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	25 años
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	25 años
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

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

IX. PERIODOS DE CARENCIA Y DISPUTABILIDAD

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
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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

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 eroguen por los padecimientos indicados, una vez superado el período de carencia, aún cuando el diagnóstico se realice durante dicho período.

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 (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- c) Comprobantes de pago en caso de 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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

- b) Facturas originales (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- 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 con 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 con el 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 con el texto que a continuación se detalla:
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 es:
 - 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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

Sujeto a lo establecido en la Cláusula Residencia Temporal.

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

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 con el 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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

(...)

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo con el 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.

- 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.
- Para la cobertura de maternidad se aplicará los copagos correspondientes en el caso de consultas médicas.

XII. UTILIZACION DEL SEGURO

Se anexa el documento Utilización del Seguro que detalla los procedimientos para tal fin.

XIII. COMISIÓN DE COBRO

Por concepto de comisión de cobro por recaudación de primas, el Instituto reconocerá un porcentaje del 1%.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

XIV. 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 V4** de fecha **18 de mayo 2021**.

SEDE INS SAN JOSÉ

DIRECCIÓN EJECUTIVA