



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Lugar y fecha de emisión: San José, 01 de Julio del 2021	
IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	
N° de póliza: 02 01 GFG 0000730 00	Vigencia: Desde: 01-07-2021 Hasta: 01-07-2022
IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO	
Nombre del Tomador de Seguro : COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA	
Cédula Jurídica del Tomador: 3-007-045427	
Teléfono del Tomador: 2202-3634	Correo Electrónico del Tomador: efranco@colabogados.cr
Dirección del Tomador: 100 metros oeste y 100 metros norte de la rotonda de las garantías sociales.	
Medio para recibir notificaciones:	Correo
OBJETO DE INTERÉS	
Coberturas indicadas en este documento.	
Suma Asegurada: \$2.000.000	
PRIMA INDIVIDUAL	
Ámbito de Cobertura: Internacional	Forma de pago: Semestral
Moneda: Dólares	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.

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.



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

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 de la empresa Colegio de Abogados 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 MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL 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 MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL 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 para 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 MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL 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	\$2.000.000
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	Anual Renovable	\$600.000
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Ámbito de Cobertura	Internacional	
Deducible Anual por Persona	\$5.000	
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (Reembolso)		Fuera de Red de Proveedores (reembolso)
Aplica por Asegurado, por año póliza.		
En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.		
Gastos Hospitalarios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	
Aplica por Asegurado, por año póliza.		
En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.		
Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)		

SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Tarifa diaria máxima de cuarto normal fuera de red:			
\$400 en Costa Rica y Centroamérica / \$1.000 en el Resto del Mundo			
Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red:			
\$8.000 en Costa Rica y Centroamérica / \$1.500 en el Resto del Mundo			
Coaseguro			
Gastos ambulatorios			
Dentro de Red de Proveedores (reembolso)		Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)	
Costa Rica		Costa Rica y Centroamérica	
0% Atención Médica Virtual de Primer Nivel Ambulatorio 0% Atención a través de la Red de Servicios Médicos del Instituto		80% coaseguro	
Costa Rica y Centroamérica			
90% coaseguro			
Resto del mundo (Pago directo)		Resto del mundo (Reembolso)	
90% coaseguro		80% coaseguro)	
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	
En exceso del deducible los gastos serán cubiertos al 100%		Superado el deducible, al 80% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de \$15.000 Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	
Resto del Mundo (Pago Directo)		Resto del mundo	
Superado el deducible, al 80% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de \$15.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.		Superado el deducible, al 70% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de \$15.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	Menores de 70 años, hasta \$2.000.000 A partir de los 70 años \$600.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	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



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Gastos médicos por hospitalización y cirugía		Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado	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.
Prótesis Quirúrgicas	<p>Menores de 70 años, hasta \$2.000.000</p> <p>A partir de los 70 años \$600.000</p>	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado	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 anestesiólogo (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.
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

SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Detalle de Coberturas Sublimitadas		
Coberturas sublimitadas	Monto máximo	Período de carencia
Chequeo médico general * (Todo el grupo)	Al 100% Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
Chequeo oftalmológico*(Todo el grupo)	Al 100% Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
Maternidad*	\$3.500 Complicaciones durante el embarazo \$1.500 Cesárea o parto múltiple \$4.500	10 meses
Asistencia al viajero ***	Según anexo, Hasta \$10.000 por viaje (sólo coordinado con la red)	No aplica carencia
Emergencias durante viajes al extranjero *	Sólo coordinado con la red	60 días
Evacuación y/o repatriación por razones médicas****	Según contrato	60 días
Repatriación de restos mortales+	\$5.000	60 días
Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad (máximo 10 días monto fijo) +	\$100 diarios	60 días
Cobertura odontológica por emergencia^	Según contrato	No aplica carencia
Transporte por evacuación (Aplica sólo en Centroamérica) >	100%	30 días mínimo y según el padecimiento
<p>*A estas coberturas no se les aplica deducible anual ni coaseguro *** No aplica deducible anual ni coaseguro. Aplica deducible de \$75 por viaje y por asegurado. ****Opera superado el deducible anual y aplica coaseguros. + No aplica deducible anual ni coaseguros, cubre de acuerdo con el sublímite. ^No aplica deducible >Opera superado el deducible anual</p>		
Coberturas Sujetas a Sublímite		



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

(Cubiertas después de asumir el deducible, y el coaseguro se aplica según lo negociado)		
<u>Coberturas sublimitadas</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
Aparatos de apoyo	Hasta \$10.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Tratamiento de enfermedades mentales	Hasta \$1.000 (por reembolso)	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Transporte en ambulancia aérea	Hasta \$30.000 por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.	Hasta \$50.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión
	Terapias Hasta \$5.000	
Prematurez	Hasta \$ 100.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión
	Terapias Hasta \$10.000	
Cobertura por fallecimiento	Muerte Hasta \$5.000 Sepelio \$5.000 Liberación del pago del seguro por fallecimiento del asegurado Directo Según contrato	Máximo 12 meses
Deportes	Hasta \$10.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de buceo	Hasta \$2.000.000 A partir de los 70 años \$600.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de fútbol	Hasta \$ 10.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta \$15.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo	
Coberturas Anual Renovable A partir de la inclusión del asegurado en la póliza Aplica deducible, coaseguro según corresponda.		



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

<u>Coberturas sublimitadas</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
<u>Monto para menores de 70 años</u>		
Trasplante de órganos	\$500.000	24 meses
<u>Monto para mayores de 70 años</u>		
Trasplante de órganos	\$150.000	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.

MEDICINA VIRTUAL

El asegurado se pondrá en contacto con un médico a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o bien la página medicinavirtual.ins-cr.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 del asegurado en deducible, coaseguro, ni copago.

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

RED DE SERVICIOS DE SALUD:

Ofrecemos una amplia gama de servicios de salud brindados en el Hospital de Trauma y en la Red de Servicios de Salud, el cual se detalla en el anexo.

BENEFICIOS AL UTILIZAR LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL DE TRAUMA Y NUESTRA RED DE SALUD:

- El asegurado no tiene que asumir participación (coaseguros, deducibles y copagos), todos los gastos en el Hospital de Trauma y Red de Salud se cubren al 100%.
- Se brinda la cobertura si los servicios son médicamente necesarios y recetados por el médico correspondiente, y como beneficio no se tiene que haber superado el deducible.

BENEFICIO DE GIMNASIOS

Pensando en el bienestar de nuestros asegurados, le ofrecemos un beneficio gratuito por medio de nuestra Red de Centros de Entrenamiento donde podrá aprovechar los descuentos en matrícula y mensualidades.

La operatividad del beneficio, así como los Centros afiliados se adjuntan en documentos anexos.



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

Beneficios:

- El programa brinda acceso a descuentos en matrículas y mensuales con el fin que el asegurado pueda mejorar su calidad de vida tanto física como mentalmente a través del ejercicio.
- El asegurado no debe de incurrir en gastos por conceptos de: coaseguros, copagos y/o deducible.
- Tiene acceso al beneficio durante la vigencia de su póliza.
- El descuento es aplicable a los servicios de gimnasio que brinda el proveedor según negociación.
- Aplica para el asegurado y 3 personas adicionales a elección del asegurado.

Guía de uso:

- Para obtener el beneficio el asegurado debe presentar el carnet del INS / carnet de colegiado.

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.

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 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

SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

VII. 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	Hasta los 25 años
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	Hasta los 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.	Hasta los 25 años

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

VIII. 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
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



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

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, una vez superado el período de carencia, aun cuando el diagnóstico se realice durante dicho período.

IX. 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.
- 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.

3. Fallecimiento del Asegurado:

- a) Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b) Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c) Fotocopia del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d) En caso de que el fallecimiento sea producto de un accidente, copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre el alcohol (OH) o tóxicos de la sangre.



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

- e) Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado.
- f) El beneficiario debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

X. 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 con el 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 con el 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. **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.



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL 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.

Esta opción está sujeta 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 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, 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, o coaseguros establecidos en dicho documento.



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

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.

En las Condiciones Particulares según las coberturas contratadas se establecen el deducible anual, 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 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 coaseguro según corresponda a los gastos indemnizables.

XI. UTILIZACION DEL SEGURO

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

XII. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

No aplica para este contrato

XIII. COMISIÓN DE COBRO

No aplica para este contrato

XIV. COMISION DE COBRO ADICIONAL

No aplica para este contrato



SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE-INTERNACIONAL CONDICIONES PARTICULARES

XV. 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**.