



ADDENDUM

FECHA: 01/01/2024

PÓLIZA: 01 01 GFG 000050 00

CONTRATANTE: COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

Por el presente Addendum se hace constar, que a partir del 01/01/2024 se modifican las condiciones particulares de la póliza 01-01-GFG-50 **COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA** por las que se detallan a continuación, las cuales rigen única y exclusivamente para este contrato.

Coberturas Sublimitadas (una vez superado el deducible, se aplicará el coaseguro que corresponde)

Deportes (incluye práctica recreativa de buceo, práctica recreativa y competitiva de fútbol): se aumenta el sublímite de cobertura a $\text{€}500.000$, como gasto inmediato del accidente.

Adicionalmente se cubrirán las terapias derivadas del accidente hasta el sublímite de la cobertura de terapias vigente.

Todos los demás términos y condiciones del contrato continúan sin cambio ni alteración alguna.

Firmado digitalmente por:
Pamela Molina Ulloa - Subdirectora Ejecutiva
Gerald Godínez Maroto - Técnico en seguros
Sucursal INS San José

Valide siempre la firma digital en Central Directo:

https://www.centraldirecto.fi.cr/Sitio/FVA_ValidarDocumentoPublico/ValidarDocumentoPublico



**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO-
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

Este certificado incluye los aspectos más relevantes de la póliza a la cual Usted fue suscrito. Por tanto, no constituye un contrato y su validez está sujeta a las condiciones de la póliza. Este certificado reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO COLECTIVO GASTOS MEDICOS FLEXIBLE DEL INS			
Lugar y fecha de emisión	San José, Costa Rica, 01 de enero 2024	N° de póliza	01 01 GFG 000050 00
Nombre del Tomador del Seguro	Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica (en adelante el colegio) Ced. Jurídica No. 3 -007-045427-11		
Correo	efranco@colabogados.cr (Directora Ejecutiva actual – Licda. Ethel Franco Chacón)		
Teléfono	Central del Colegio 2202-3634, Directo Doña Ethel: 2202-3711	Vigencia: Desde 01-01-2024 Hasta 31-12-2024	
Asegurados:	Colegiados/as y empleados/as, según se detalla en la Clausula I. de este documento		
Monto asegurado por persona por año	¢ 1.250.000,00 (un millón doscientos cincuenta mil colones)		
Prima	¢ 3.601,00 (tres mil seiscientos un colon) + 2 % IVA	Ámbito de cobertura	Todo el mundo. Los gastos incurridos serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos de la Región (Costa Rica y Panamá)
Modalidad indemnización	Únicamente por reembolso	Agentes de Seguro	Dr. Hugo Quesada Monge No.764 (Lic. SUGESE No.08-1519) Ing. Ana Erika Osés Castillo No.001 (Lic. SUGESE No.08-1487) Licda. Eriant Quesada Osés No.224 (Lic. SUGESE No.13-2578) Licda. Ana Evyn Quesada Osés No.332 (Lic. SUGESE No.15-2928)
Forma de pago	Mensual	Moneda	Modalidad
		Colones	No contributiva
Medio para recibir notificaciones: Correo electrónico indicado.			



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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, 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.

CONDICIONES QUE DEBE OBSERVAR PARA LA EFECTIVIDAD DEL SEGURO

La póliza a la cual Usted se encuentra suscrito está sujeta a una serie de condiciones que deben ser observadas para hacer efectivo el seguro, entre ellas se resumen a continuación las más importantes:

1. CUADRO DE COBERTURAS Y 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	¢ 1.250.000
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	*Anual Renovable	¢ 1.250.000
Reinstalación del Beneficio Máximo Anual	<p> Primer año póliza del diagnóstico o evento: Cada año la suma asegurada se reinstala en un 100 % únicamente para enfermedades o eventos nuevos (de primera vez). Segundo año póliza del diagnóstico o evento: Para las enfermedades o eventos de un mismo diagnóstico (sean crónicos o no) que ya han sido cubiertos en el año póliza anterior inmediato, se seguirán cubriendo hasta por el segundo año (por un máximo de un año póliza consecutivo), con un tope anual de un 50% del Beneficio máximo anual de suma asegurada (la que hubiere estado vigente en el primer</p>	



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

	año póliza en que se cubrió la enfermedad o evento médico). Esta disminución aplica únicamente para el Beneficio Máximo Anual, no aplica para las coberturas sublimitadas (que tenga un tope máximo definido). Tercer año póliza y siguientes del diagnóstico o evento: A partir del tercer año póliza, los eventos y/o diagnósticos previamente presentados, no serán objeto de cobertura.	
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Modalidad indemnización	Únicamente por reembolso	
Ámbito de Cobertura	Todo el mundo. Los gastos incurridos serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos de la Región (Costa Rica y Panamá)	
Deducible Anual por Persona por año	¢100.000 (una vez superado este deducible se podrá hacer uso de la póliza y asumiendo los coaseguros abajo indicados)	
Costos máximos para pagar por consulta ambulatoria		
Costa Rica	Máximo por consulta General: ¢25.000	Máximo por consulta Especialista: ¢25.000
Fuera de Costa Rica	Máximo por consulta General: ¢25.000	Máximo por consulta Especialista: ¢25.000
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores del INS	Fuera de Red de Proveedores	Medicamentos
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual
Gastos Hospitalarios		
Dentro de Red de Proveedores del INS	Fuera de Red de Proveedores	Medicamentos
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual
Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)		
Tarifa diaria máxima de cuarto en el Resto del Mundo: ¢ 500.000 en Cuarto Normal / ¢ 750.000 en Cuidados intensivos		
Tarifa diaria máxima de cuarto en Costa Rica (dentro o fuera de la Red): ¢ 200.000 en Cuarto Normal / ¢ 400.000 en Cuidados intensivos		
Coaseguro		
Gastos ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (reembolso)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)	
Costa Rica	Costa Rica	
20% coaseguro	25% coaseguro	



**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO-
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

		Resto del mundo	
		35% coaseguro con los costos de servicios médicos de INS.	
Gastos hospitalarios			
Dentro de la Red de Proveedores (reembolso)		Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)	
Costa Rica		Costa Rica	
20% coaseguro		25% coaseguro	
		Resto del mundo	
		35% coaseguro con los costos de servicios médicos del INS.	
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	¢1.250.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	Se determina en 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica y 60 días naturales fuera de la región. La carencia rige a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza; es decir, 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, enfermedades amparadas en el seguro 01-01-ING-39, su última vigencia: 01/02/2019 al 31/01/2020 y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia).
Gastos médicos hospitalización y cirugía		Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	
Coberturas Sujetas a Sublímite (con tope máximo definido) (Cubiertas después de asumir el deducible; el coaseguro se aplica según lo negociado)			



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

<u>Coberturas sublimitadas</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias y/o por cirugía.	Hasta ₡ 200.000 por año póliza	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Maternidad (sólo parto normal o cesárea, parto múltiple, embarazo ectópico y/o aborto natural). No incluye los gastos pre y post natales. Incluye Complicaciones del Embarazo (según se indica en anexo de coberturas)	₡ 500.000 por evento y según lo indicado en la Cláusula de Reinstalación del Beneficio Máximo Anual.	13 meses
Gastos por accidentes dentales	Hasta ₡ 125.000 por año póliza	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Aparatos de apoyo	Hasta ₡ 125.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Prótesis Quirúrgicas	Hasta ₡125.000 por año póliza	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.
Tratamiento de enfermedades mentales (se aclara que incluye las terapias psiquiátricas)	Hasta ₡ 200.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Tratamientos de alergias	Hasta el monto beneficio máximo anual contratado	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Pruebas diagnósticas: Hasta ₡75.000	
Transporte en ambulancia terrestre, aérea y marítima	Hasta ₡ 100.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Deportes (incluye práctica recreativa de buceo, práctica recreativa y competitiva de fútbol)	Hasta ₡ 500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Terapias	Hasta ₡ 500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta ₡ 500.000	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	No aplica período de carencia.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Notas:

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión o reinclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas sublimitadas se deducen (son parte implícita) del Beneficio Máximo Anual por Asegurado, es decir, el monto máximo a cubrir por año póliza por persona no podrá exceder el monto del Beneficio Máximo Anual por Asegurado.
3. Para los asegurados incluidos en la póliza anterior N°01-01-ING-39 antes del 31 de enero 2020 inclusive, se les reconocerá el tiempo de antigüedad transcurrido en dicha póliza para los períodos de carencia señalados en estas condiciones particulares.
4. Se aclara que cuando la enfermedad se manifiesta simultáneamente en ambos ojos, se tomará como una misma etiología. Cuando la enfermedad se manifiesta en un solo ojo, y después de un año o más en el otro, se tomará como etiologías distintas.

2. BENEFICIO DE CONTINUIDAD Y ANTIGÜEDAD.

El presente contrato brindará continuidad y antigüedad plena y total de derechos exigibles, beneficios y El presente contrato brindará continuidad y antigüedad plena y total de derechos exigibles, beneficios y regulaciones en general a todos los asegurados/as inscritos en la póliza anterior, denominada Seguro Gastos Médicos Serie 2000 Plan 14 No. 01-01-ING-39, emitida el 01 de junio 2013 y que lo antecede el primer contrato No. 48769 emitido el 07 de noviembre de 1994. Lo anterior significa que:

Todo evento médico que se haya originado en la vigencia del contrato anterior 01-01-ING-39 (01-02-2019 al 31-01-2020), y que generó gastos médicos, será cubierto si así corresponde, bajo las condiciones de dicho contrato anterior (monto asegurado de ₡1.000.000 por evento o hasta agotar los 365 días, lo que suceda primero), independientemente de que los primeros gastos sean presentados al Instituto posterior a la renovación del 01-02-2020 del presente contrato 01-01-ING-50 y que existan gastos posteriores al 01 de febrero 2020 relacionados con el mismo evento o diagnóstico.

Para los asegurados incluidos antes del 01-02-2020, se les reconocerá el tiempo transcurrido en la póliza 01-01-ING-39, para los períodos de carencia. Es decir, la fecha efectiva de inclusión de cada asegurado será la registrada en el seguro anterior (01-01-ING-39).

Todos los diagnósticos médicos y/o eventos por los cuales se presentaron indemnizaciones en la póliza 01-01-ING-39 hasta el 31 de enero 2020, y que agotaron el monto asegurado vigente o haya transcurrido un año a partir del primer gasto, no serán objeto de cobertura en la nueva póliza 01-01-ING-50.

3. PERÍODOS DE CARENCIA (ESPERA)

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos de carencia (o espera), donde a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, 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.

Estos períodos de carencia NO APLICAN para los casos de accidentes o emergencia. Excepto, si la emergencia o accidente es a consecuencia de alguna de las siguientes condiciones:



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

- Enfermedades preexistentes.
- Enfermedades que se establezcan en los períodos de carencia establecidos en cuadro adjunto.
- Enfermedades amparadas en el seguro 01-01-ING-39 que ya no sea objeto de cobertura (ya sea porque superaron el monto asegurado de ₡1.000.000 por evento, o que agotaron los 365 días, lo que haya sucedido primero).

Estos periodos de carencia no aplican para aquellos asegurados que presenten eventos médicos que fueron amparados en el seguro anterior 01-01-ING-39 anterior (vigente hasta el 31 de enero 2020) y que aún se encuentren en periodo de cobertura, según lo indicado en la Cláusula de Continuidad del presente documento.

Cobertura	Carencia
Catarata, glaucoma, queratocono, pterigiión y similares	Hasta doce (12) meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma	Hasta doce (12) meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	Hasta doce (12) meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	Hasta doce (12) meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	Hasta doce (12) meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	Hasta doce (12) meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	Hasta doce (12) meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	Hasta doce (12) meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	Hasta doce (12) meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	Hasta doce (12) 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, una vez superado el período de carencia, aún, cuando el diagnóstico se realice durante dicho período.

Los periodos de carencia antes mencionados quedan sujetos a lo indicado en la Cláusula de Continuidad del presente documento.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

4. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Los parámetros que aplican para el uso de este contrato se detallan en el Anexo Guía Utilización del Seguro.

5. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS

El asegurado 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 reimpresiones no se consideran documentación válida).
- 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" cuando el Instituto lo considere necesario.

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 reimpresiones 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.

6. 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:

- "Se sustituye la Definición 35, Cláusula I, de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla":

Enfermedad Preexistente: Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que, con anterioridad a la adquisición de la póliza, haya sido:

- a. Diagnosticada por un médico; o
- b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
- c. Recibido tratamiento médico, servicios o suministros.
- d. Practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Dicha definición aplica en toda su magnitud en las presentes Condiciones Particulares como preexistencia, se debe entender en términos generales, todo aquello que se ha tenido, se tiene o se ha padecido, médicamente hablando, previo o antes de la inclusión en el seguro en cuestión.

- Se sustituye la Cláusula I Definición 27 de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla":

Enfermedad congénita y/o hereditaria: Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematuridad.

Dicha definición aplica en toda su magnitud en las presentes Condiciones Particulares como preexistencia, se debe entender en términos generales, todo aquello que se ha tenido, se tiene o se ha padecido, médicamente hablando, previo o antes de la inclusión en el seguro en cuestión.

- 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. Los gastos incurridos dentro o fuera de Costa Rica se indemnizarán según los costos de servicios médicos del INS.

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

Deducible anual: Suma fija por persona y por año 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 en una fecha claramente determinada y de los cuales existe documentación fehaciente.

- 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 y/o coaseguro.

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Ámbito de Cobertura

Resto del mundo: 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. No obstante, el Asegurado podrá hacer uso del seguro fuera de la Costa Rica y Centroamérica, y el Instituto cubrirá los gastos según los costos de servicios médicos del INS.

- 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.

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

(...)

La póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso de conformidad con el costo de servicios médicos.

El Asegurado puede utilizar los bienes o servicios de la Red de Proveedores o de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, y se aplicará los coaseguros correspondientes según lo indicado en estas Condiciones

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

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 del INS. Se podrá utilizar la póliza fuera de Costa Rica pero los gastos se indemnizarán según el costo de servicios médicos del INS.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

7. ¿CUÁNDO TERMINA SU SEGURO?

La cobertura de cada Asegurado terminará automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable.
2. Por falta de pago de la prima al término del Período de Gracia, en cuyo caso el Instituto notificará dicha decisión al Tomador del Seguro y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia de conformidad con el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
3. El Tomador del Seguro solicite la exclusión del Asegurado.
4. Por declaraciones falsas o inexactas.
5. En caso de que el Asegurado resida permanentemente fuera del país, excepto que se haya negociado con el Tomador.

Si existen primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, éstas serán devueltas al Tomador del Seguro o al Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la cobertura, siempre que no existan reclamos amparados en el período. Por lo cual en caso de haber reclamos se retendrá el 100% de la prima pagada de ese asegurado en la póliza.

8. INFORMACIÓN DE ESTE SEGURO EN LA WEB DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

El Colegio en coordinación con los Intermediarios a cargo de este contrato, ha dispuesto los documentos oficiales dados por el Instituto en su página web www.abogados.or.cr /Sección [Servicios/Régimen de Seguridad Social](#), un espacio donde se mantiene actualizada toda la información sobre el Régimen de Seguridad Social. Por lo anterior, los agremiados encontrarán toda la información necesaria en la web del Colegio indicada. En su defecto podrán comunicarse con nuestros intermediarios a cargo de este contrato a los teléfonos 2280-7775, 2234-6202, 2202-3635 o al correo insabogados@abogados.or.cr en el horario de lunes a viernes de 8 am a 5 pm; Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio.