



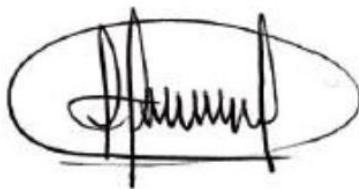
Condiciones Generales

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

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

El presente es un contrato tipo, en el cual las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por el asegurador con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo principio de la libre negociación aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y giro empresarial.

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



Luis Fernando Monge Salas
Gerente General

Contenido

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	1
SECCIÓN A. DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	13
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	13
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA	14
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA	14
CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL	14
CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS	14
CLÁUSULA VI. COBERTURAS	15
CLÁUSULA VII. COBERTURAS BÁSICAS.....	15
CLÁUSULA VIII. COBERTURAS OPCIONALES.....	17
CLÁUSULA IX. PERÍODO DE ESPERA	30
CLÁUSULA X. RIESGOS EXCLUIDOS.....	30
CLÁUSULA XI. GASTOS EXCLUIDOS	31
CLÁUSULA XII. OTRAS EXCLUSIONES	35
SECCIÓN D. PERSONAS BENEFICIARIAS	35
CLÁUSULA XIII. DESIGNACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS	35
CLÁUSULA XIV. MODIFICACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS.....	35
CLÁUSULA XV. MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA POR LA PERSONA BENEFICIARIA.....	36
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, PERSONA ASEGURADA O PERSONA BENEFICIARIA	36
CLÁUSULA XVI. PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA EN LOS GASTOS....	36
CLÁUSULA XVII. RESIDENCIA TEMPORAL.....	37
CLÁUSULA XVIII. INCLUSIÓN DE PERSONAS ASEGURADAS	37
CLÁUSULA XIX. REGISTRO DE PERSONAS ASEGURADAS.....	38
CLÁUSULA XX. OTRAS OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	38
CLÁUSULA XXI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS.....	39
CLÁUSULA XXII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE.....	39
CLÁUSULA XXIII. OTROS SEGUROS.....	39
CLÁUSULA XXIV. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS	39
SECCIÓN F. PRIMAS	40
CLÁUSULA XXV. PRIMAS	40
CLÁUSULA XXVI. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.....	40

CLÁUSULA XXVII. PERÍODO DE GRACIA	41
CLÁUSULA XXVIII. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	42
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA	42
CLÁUSULA XXIX. AJUSTE DE PRIMAS PARA PRÓRROGA.....	42
SECCIÓN H. RECARGOS Y DESCUENTOS	42
CLÁUSULA XXX. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	42
SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	43
CLÁUSULA XXXI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO.....	43
CLÁUSULA XXXII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO.....	47
CLÁUSULA XXXIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	47
SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS	48
CLÁUSULA XXXIV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	48
CLÁUSULA XXXV. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	48
CLÁUSULA XXXVI. TERMINACIÓN DEL CONTRATO PARA CADA PERSONA ASEGURADA.....	49
SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS	50
CLÁUSULA XXXVII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CLASE DE SEGURO.....	50
CLÁUSULA XXXVIII. ELEGIBILIDAD	50
CLÁUSULA XXXIX. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA	50
CLÁUSULA XL. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	51
CLÁUSULA XLI. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS.....	51
CLÁUSULA XLII. SUBROGACIÓN.....	51
CLÁUSULA XLIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	51
CLÁUSULA XLIV. TRASPASO O CESIÓN.....	52
CLÁUSULA XLV. PRESCRIPCIÓN	52
CLÁUSULA XLVI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	52
CLÁUSULA XLVII. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO	52
SECCIÓN L. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	52
CLÁUSULA XLVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	52
CLÁUSULA XLIX. LEGISLACIÓN APLICABLE	53
SECCIÓN M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	53
CLÁUSULA L. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	53
CLÁUSULA LI. DOMICILIO CONTRACTUAL LA PERSONA ASEGURADA	53
SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO	53
CLÁUSULA LII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	53

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza y conforme se hayan establecido las coberturas con el Tomador del Seguro.

1. **Aborto espontáneo:** es cuando el embrión o feto fallece por un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.
2. **Accidente:** suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
3. **Administrador de Servicios Médicos:** es la figura del Instituto que coordinará, cuando corresponda, la prestación de los servicios a nivel nacional e internacional.
4. **Aparatos de apoyo:** se refiere a prótesis o aparatos externos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando el objetivo principal de su aplicación sea mejorar, razonablemente, las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.
5. **Persona asegurada:** es la persona física que, en sí misma, está expuesta al riesgo. Se considera como tal la persona asegurada directa y a sus personas aseguradas dependientes debidamente registrados en la póliza.
6. **Personas aseguradas dependientes:** son las siguientes personas, que se encuentren debidamente registradas en la póliza:
 - a. El cónyuge o conviviente.
 - b. Los hijos de la persona asegurada directa, de su cónyuge o conviviente, que sean solteros, económicamente dependientes, estudiantes cuya edad no supere la indicada en las Condiciones Particulares.
 - c. Los hijos de la persona asegurada directa, de su cónyuge o conviviente, mayores de la edad indicada para hijos en las Condiciones Particulares, con alguna discapacidad y que sean económicamente dependientes.
 - d. Otro dependiente: persona diferente a las indicadas en los incisos anteriores que debe demostrar su grado de consanguinidad o afinidad y la dependencia económica que tiene con la persona asegurada directa para que sea aceptado como persona asegurada dentro de la póliza; en esta categoría se pueden incluir, previa autorización por parte del Instituto, padres, hermanos, sobrinos u otros parentescos indicados en las Condiciones Particulares.
7. **Persona asegurada directa:** es la persona física nombrada como titular o principal en la póliza.

8. **Asegurador:** eses el Instituto Nacional de Seguros, quien asume los riesgos que le traslada la persona asegurada y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
9. **Persona beneficiaria:** persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga al Instituto en caso de fallecimiento de la persona asegurada directa y en caso de haberse suscrito la cobertura de Muerte Accidental y no Accidental.
10. **Beneficio máximo anual:** eses la suma máxima asegurada indemnizable por cada cobertura o sublímite definido para cada persona asegurada, durante el año póliza, establecida en las Condiciones Particulares.
11. **Cáncer:** enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, también se incluye la leucemia.
12. **Certificado Individual:** eses el documento que se entrega a la persona asegurada directa como evidencia de la cobertura de seguro.
13. **Cirugía ambulatoria:** eses aquella intervención quirúrgica que recibe la persona asegurada cuando no esté registrado como un paciente de cama en el centro hospitalario y permanezca en este menos de veinticuatro (24) horas. También conocida como cirugía de corta estancia, ya que el paciente es intervenido quirúrgicamente y se le brinda salida en menos de veinticuatro (24) horas.
14. **Cirugía menor:** eses aquel procedimiento quirúrgico sencillo y de corta duración, realizado sobre tejidos superficiales o estructuras accesibles, usualmente bajo anestesia local y con bajo riesgo de complicaciones.
15. **Coaseguro:** es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir la persona asegurada después de haber cubierto el deducible. Se calcula sobre los gastos indemnizables y de conformidad con lo establecido en las Condiciones Particulares. Esta cantidad no es reembolsable por el Instituto.
16. **Condición genética:** afección o trastorno patológico causado por alteración del genoma.
17. **Conviviente:** persona que cohabita con la persona asegurada en unión de hecho pública, notoria, única y estable, y declarada así por la persona asegurada directa.
18. **Costo de servicios médicos:** es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos que cobra a personas con 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 se recibió la atención o servicio.

- 19. Deducible:** suma fija anual que debe asumir la persona asegurada 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. Este se detalla en las Condiciones Particulares.
- 20. Desembolso máximo anual:** participación máxima la persona asegurada por concepto de coaseguros. Aplica solo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza.
- 21. Deporte:** actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y, en algunos casos, sujeción de reglas.
- 22. Donador:** persona que suministra un órgano o parte del mismo para hacer un trasplante.
- 23. Edad:** se entiende por edad al más próximo cumpleaños que se establece de esta forma:
- a. Si la persona asegurada tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
 - b. Si la persona asegurada tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
- 24. Emergencia:** significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (24) horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.
- 25. Enfermedad:** alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.
- 26. 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 prematurez.
- 27. Enfermedad contagiosa:** enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).
- 28. Enfermedad epidémica:** enfermedad aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que, según los epidemiólogos, tiene un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, y que puede propagarse con rapidez o presentar un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se dan en un país o región. O bien que esta enfermedad haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales o de un país o región, facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.

- 29. Enfermedades graves:** alteración del estado de salud provocada por un accidente o enfermedad originada independientemente de la voluntad la persona asegurada, confirmada por un médico perito legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas como enfermedades graves por la póliza.
- 30. Enfermedad mental:** alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerada como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. En esta condición se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida.
- 31. Enfermedad no oncológica:** alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo y de origen interno o externo en relación con el organismo. Se refiere a los grupos de patologías o enfermedades que se detallan a continuación y que cumplan con al menos dos de los criterios establecidos de acuerdo con la siguiente lista:
- a. Enfermedad cardiovascular:**
 - i. disnea clase IV de la NYHA o angina con insuficiencia cardiaca secundaria;
 - ii. fracción de eyección $\leq 20\%$;
 - iii. persistencia de síntomas a pesar del tratamiento adecuado;
 - iv. insuficiencia cardiaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento;
 - v. antecedente de síncope, infarto agudo de miocardio o arritmias sintomáticas.
 - b. Enfermedad pulmonar:**
 - i. enfermedad pulmonar documentada por disnea de reposo clase IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores;
 - ii. volumen forzado espiratorio (FEV1) después de broncodilatador menor al 30% de lo previsto;
 - iii. progresión de la enfermedad, evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias, debido a infecciones respiratorias e insuficiencias respiratorias;
 - iv. hipoxemia pO_2 55 mm/Hg en reposo con aire ambiente o $SatO_2$ 88% con O_2 suplementario o hipercapnia, PCO_2 50 mmHg o más;
 - v. insuficiencia cardiaca derecha secundaria por enfermedad pulmonar;
 - vi. hipertensión pulmonar documentada, disnea de mínimos esfuerzos;
 - vii. taquicardia de >100 ppm en reposo.
 - c. Enfermedad hepática:**
 - i. albúmina < 2.8 gr/dl;
 - ii. T de protrombina $< 30\%$;
 - iii. hipertensión portal documentada;
 - iv. bilirrubina sérica de 3 mg/dl o más;
 - v. INR > 1.5 ;
 - vi. presencia de, al menos, uno de los síntomas comórbidos (encefalopatía, ascitis, síndrome hepato-renal y sangrado digestivo).
 - d. Enfermedad renal:**

- i. síntomas urémicos (confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario);
- ii. diuresis < 400 cc/día;
- iii. hiperkaliemia > 7m Eq/l que no responde a tratamiento;
- iv. pericarditis urémica y sobrecarga de fluidos intratable;
- v. nivel de creatinina > 8 mg/dl;
- vi. tasa de filtración glomerular menor o igual a 10 ml/min.

e. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA):

Evidencia clínica de compromiso de una de las siguientes funciones:

- i. capacidad ventilatoria;
- ii. estado funcional;
- iii. capacidad de deglución.

f. Otras enfermedades de neurona motora:

- i. diagnóstico y clínica de enfermedad neurológica de neurona motora (determinadas mediante pruebas de gabinete que apoyen el diagnóstico);
- ii. progresión clínica de la enfermedad documentada.

g. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH):

- i. diagnóstico clínico de SIDA;
- ii. antecedente de infección oportunista de fondo;
- iii. carga viral > 100.000/ml;
- iv. conteo de CD4 menor de 25 células/ul.

h. Síndromes demenciales y enfermedad cerebrovascular:

- i. edad > 65 años;
- ii. estado funcional Barthel menos de 50 puntos;
- iii. deterioro cognitivo grave (Minimental < 14);
- iv. escala FAST (Functional Assessment Staging) > 7;
- v. presencia de complicaciones tales como enfermedades comórbidas, infecciones a repetición (urinaria, respiratoria), uso de oxígeno suplementario, pielonefritis, sepsis;
- vi. desnutrición (pérdida < 10% de peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses o IMC < = 18,5 y/o Albúmina < 2.5 g/dl);
- vii. claudicación familiar;
- viii. presencia de, por lo menos, una úlcera por presión grado 4, o dos o más úlceras por presión grado 3.

i. Enfermedad arterial periférica

- i. dolor severo del miembro afectado en reposo;
- ii. isquemia o gangrena de un miembro afectado.

32. Enfermedad oncológica: se entiende como aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno (caracterizado por su crecimiento descontrolado), la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, así como la extensión directa y metástasis local o a distancia, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluida la leucemia.

- 33. Enfermedad pandémica:** enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos que; según los epidemiólogos, tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad y pueden propagarse con rapidez o presentar un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se dan simultáneamente en más de un país o continente. O bien que, esta enfermedad haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales, facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
- 34. Enfermedad preexistente:** toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física que, con anterioridad a la adquisición de la póliza, haya sido:
- diagnosticada por un médico;
 - de las que, por sus síntomas o signos, no pudieron pasar inadvertidas para la persona asegurada o terceras personas;
 - tratada médicamente o recibido servicios o suministros;
 - recomendada para que se hagan exámenes o diagnósticos pertinentes en relación con ella;
 - referida para que se tomen medicamentos recetados o recomendados.
- 35. Esterilidad:** es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular, sin la utilización de métodos anticonceptivos.
- 36. Evento:** situación específica, ya sea por un mismo accidente o enfermedad, que genera afectación en la salud de la persona asegurada por la que requiere atención médica.
- 37. Gastos ambulatorios:** son todos aquellos gastos en que incurre la persona asegurada por atención médica, siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica, o que permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
- 38. Gastos indemnizables:** son los costos de servicios médicos cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del pago de deducible y/o coaseguro.
- 39. Gastos médicos:** son todos aquellos gastos por atención médica que recibe la persona asegurada sea en forma ambulatoria y/o hospitalaria.
- 40. Gastos operativos:** están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: costos de administración, costos de distribución, utilidad y comisión de cobro, si la hubiere.
- 41. Gastos prenatales:** son los gastos derivados del período de embarazo comprendido entre el momento de la concepción y el inicio del parto, y que están relacionados con la condición de embarazo.
- 42. Gastos postnatales:** son los gastos posteriores al parto, que se producen en un período máximo de ocho (8) semanas posteriores al nacimiento y están relacionados con la condición de embarazo.

- 43. Gastos rutinarios del recién nacido:** son los gastos necesarios para la atención del recién nacido en la sala de parto, los cuales disminuyen el Sublímite de Maternidad de la madre.
- 44. Grupo Asegurable:** es aquel constituido por un número limitado de personas que se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro y que son representados ante la Aseguradora por el Tomador del Seguro.
- 45. Grupo Asegurado:** es aquel conformado por las personas físicas que, pertenecen al grupo asegurable, hayan sido aceptadas por el Instituto, hayan pagado la prima y aparezcan inscritas en el Registro de personas aseguradas de la póliza.
- 46. Grupo Familiar:** es el grupo conformado por la persona asegurada directa y sus dependientes.
- 47. Hospital o clínica:** establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.
- 48. Hospitalización:** es cuando la persona asegurada es ingresada en un hospital, registrado como paciente de cama, y se mantiene en esa condición por un período continuo mayor a veinticuatro (24) horas.
- 49. Infertilidad:** es la incapacidad de la pareja para conseguir finalizar la gestación de forma satisfactoria.
- 50. Métodos anticonceptivos:** es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
- 51. Métodos anticonceptivos quirúrgicos:** son los anticonceptivos definitivos implantados mediante un proceso quirúrgico, los cuales impiden el contacto entre el espermatozoide y el óvulo.
- 52. Métodos anticonceptivos no quirúrgicos:** tales como, pero no limitados a:
- a. método del moco cervical;
 - b. condón masculino;
 - c. condón femenino;
 - d. diafragma;
 - e. espermaticidas;
 - f. esponjas vaginales;
 - g. dispositivos intrauterinos;
 - h. anticonceptivos orales;
 - i. anticonceptivos inyectados.
- 53. Monto asegurado vitalicio:** único y máximo monto contratado de por vida mientras la póliza esté vigente para cubrir los gastos sea ambulatorios y/o hospitalarios para la cobertura contratada, el cual irá reduciéndose por cada reclamo presentado y efectivamente pagado por lo cual no es un monto reinstalable.

- 54. Paciente receptor:** es la persona asegurada que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.
- 55. Período de espera:** es el período de tiempo, posterior a la inclusión en la póliza, que debe transcurrir para que la persona asegurada pueda recibir los beneficios otorgados bajo este contrato, mismo que se indica en Condiciones Particulares. En dicho período los gastos no serán objeto de cobertura.
- 56. Período de gracia:** es el período después del vencimiento para el pago de la prima, durante el cual esta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo, la póliza mantiene los derechos para la persona asegurada, siempre y cuando la prima sea cancelada dentro del período establecido.
- 57. Práctica competitiva de deporte:** es la práctica que se desarrolla en un ámbito formal, donde media la competición por un premio (económico o no); no obstante, la actividad no constituye la principal fuente de ingreso de la persona asegurada.
- 58. Práctica profesional de deporte:** es la práctica en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte, por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, que constituye esta actividad como su principal medio de ingreso.
- 59. Preautorización médica:** es la autorización escrita que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, ya sea para casos específicos de atención ambulatoria, el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de la persona asegurada, de conformidad con las coberturas suscritas en la póliza.
- 60. Prematurez:** es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 61. Prima:** precio que debe satisfacer el Tomador del Seguro o la persona asegurada al Instituto como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
- 62. Propuesta de seguro:** es la oferta o cotización que el Instituto ofrece al Tomador con los términos y condiciones que regularán el seguro.
- 63. Prótesis quirúrgica:** dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
- 64. Proveedor afiliado:** es la persona física o jurídica autorizada por el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud con cargo a la póliza.
- 65. Proveedor no afiliado.** es la persona física o jurídica que no tiene un convenio con el Instituto para proporcionar los bienes o servicios de salud a las personas aseguradas.

- 66. Razón de siniestralidad:** es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (corresponde a siniestros pagados más siniestros pendientes de pago de ese mismo año póliza) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.
- 67. Red de proveedores:** son todos aquellos proveedores afiliados, los cuales tienen un convenio con el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud a las personas aseguradas.
- 68. Reproducción asistida:** es el conjunto de técnicas o métodos biomédicos que facilitan o sustituyen a los procesos naturales que se dan durante la reproducción.
- 69. Sala de emergencia:** es la sección del hospital o clínica con personal y equipo necesario para proveer cuidado de emergencia a las personas que requieran tratamiento médico o quirúrgico inmediato.
- 70. Síndrome de Hellp:** es una complicación seria de la presión arterial alta inducida por el embarazo y que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre, afectación del funcionamiento del hígado y trastornos de la coagulación que llevan a hemorragia.
- 71. Síndrome de Sheehan:** es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
- 72. Tarjeta de identificación:** es el carné de identificación que entrega el Instituto a cada persona asegurada cuando suscribe la póliza, en el cual se detalla su nombre, condición de persona asegurada, número de póliza y otros datos de relevancia.
- 73. Terrorismo:** acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
- 74. Tomador del Seguro:** es la persona jurídica que suscribe la póliza con el Instituto en representación del grupo asegurado.
- 75. Toxemia gravídica:** enfermedad del embarazo que produce hinchazón de piernas, elevación de la presión arterial y excesiva eliminación de las proteínas a través de la orina.
- 76. Trasplante:** es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de una persona asegurada uno de los órganos o tejidos, indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donador.
- 77. Tratamiento experimental:** se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicios relacionados (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:
- a) Estar en la fase I, II o III de experimentación para aprobación, según la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).

- b) No estar aprobado o reconocido por la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés) para la enfermedad en cuestión.
- c) Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
- d) No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside la persona asegurada o no estar generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos, AMA (Asociación Médica Americana).
- e) Estar descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en un documento de consentimiento, descargo o autorización firmada por la persona asegurada o alguna persona actuando en nombre de él.
- f) El hecho de que el procedimiento, servicio, dispositivo, droga o combinación de drogas, o equipo sea la única esperanza de sobrevivencia de la persona asegurada, no cambia el hecho de que el mismo sea investigativo o experimental.

78. Tratamiento de podología o podiátricos: se refieren a los gastos correspondientes a cirugía y el tratamiento de los padecimientos o enfermedades del pie, incluyendo, callosidad, juanetes, verrugas, plantares, Hallux Valgus, neuroma de Mortin, fascitis plantar, pies planos, y el dedo de martillo.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza los siguientes documentos y en el siguiente orden de prelación: Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Anexos de Cobertura, la Propuesta del Seguro, las solicitudes, las pruebas de asegurabilidad, el Certificado Individual de Seguro, los Reportes de personas aseguradas del Tomador del Seguro y la Boleta de Autorización de Consulta de Expedientes. Cada uno de estos documentos incluye sus respectivos adenda, si los tuvieran.

La persona asegurada tiene derecho a exigir en cualquier momento las condiciones generales de esta póliza, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales pueden consultarse en la dirección electrónica www.grupoins.com, los demás documentos pueden solicitarse en las Sedes del Instituto, asimismo en caso de duda sobre su póliza puede contactarse al 2287-6000 o enviar sus consultas al correo contactenos@grupoins.com.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

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

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

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

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

CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

El beneficio máximo anual y alcances para las diferentes coberturas se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado Individual de Seguro para cada persona asegurada directa.

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. persona asegurada directa;
2. cónyuge o conviviente;
3. hijos nacidos o no al amparo de esta póliza;
4. otros dependientes.

CLÁUSULA VI. COBERTURAS

Esta póliza cubrirá únicamente los costos por servicios médicos en cada una de las coberturas que el Tomador suscriba.

Los gastos cubiertos pueden ser tanto hospitalarios como ambulatorios; y, el beneficio máximo indemnizable será establecido en las Condiciones Particulares.

Para hacer uso de cualquier cobertura se establecerá un período de espera el cual se indicará en las Condiciones Particulares.

Dentro de las coberturas, que ofrece el Instituto para este seguro, están las que a continuación se detallan, el Tomador del Seguro elegirá libremente para todo el grupo asegurado las coberturas que desea suscribir.

Este seguro se podrá suscribir con coberturas básicas, opcionales y adicionales. Esta última, únicamente, será para el ámbito Regional. El Tomador puede elegir, en el caso de las coberturas básicas, una de ellas o ambas y añadir coberturas con sublímites. El monto asegurado será el establecido en las coberturas básicas. Los sublímites indicados en las coberturas 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. Se exceptúan de esta condición, las coberturas adicionales de cáncer o enfermedades graves, las cuales solo se podrán suscribir cuando el seguro sea de ámbito de cobertura Regional, las cuales son excluyentes entre sí.

Para efecto de este seguro, se entenderá como tratamientos médicamente relacionados y necesarios a aquellos suministros médicos, tratamientos, servicios o procedimientos que el médico de la persona asegurada determine necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o accidente.

Estos deben cumplir con las siguientes condiciones:

- a. Dichos tratamientos obedecen a una necesidad médica y son indispensables para el bienestar físico de la persona asegurada, por lo tanto, no obedecen a una preferencia de, la persona asegurada o proveedor.
- b. Los tratamientos prescritos no exceden los niveles de cuidado necesarios para la atención de la enfermedad.

CLÁUSULA VII. COBERTURAS BÁSICAS

1. Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad

Los servicios que se brindan al amparo a esta póliza serán solo del tipo ambulatorio, originados por un accidente y/o enfermedad cubierta por el seguro, sufrido por la persona asegurada y que consistan en tratamientos de manejo a nivel de consulta externa.

Queda excluido cualquier tratamiento o servicio que reciba la persona asegurada en condición de paciente hospitalizado y debidamente registrado con asignación de cuarto o cama.

Dentro de los servicios que puede recibir la persona asegurada están:

- a. consulta a médicos y/o especialistas;
- b. honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias. Incluye suturas y cirugía menor;
- c. exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales que el médico considere necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la condición;
- d. gastos por accidentes dentales. Si a causa del accidente, el Asegurado la persona asegurada requiere una prótesis dental, esta será cubierta únicamente si es reemplazo de piezas dentales naturales y que no corresponda a la primera dentición;
- e. medicamentos;
- f. alergias.

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

Si la persona asegurada sufre un accidente cubierto por la póliza, los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente serán cubiertos en un 100%.

2. Gastos médicos por hospitalización y cirugía

Serán cubiertos al amparo de esta cobertura, únicamente, los servicios de salud médicamente necesarios y requeridos por la persona asegurada, sea para cirugías ambulatorias o mientras se encuentre hospitalizado y debidamente registrado con asignación de cuarto o cama por causa accidental o enfermedad, hasta el límite especificado en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Los servicios objeto de cobertura son:

- a. honorarios médicos por cirugía. Incluye gastos de médico asistente y anestesista;
- b. en caso de enfermedad o por cirugías hospitalarias, se cubre la habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivos de ser necesario. En caso de cirugías ambulatorias, se cubre la estancia;
- c. sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos;
- d. exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados;
- e. medicamentos siempre y cuando sean recetados y de uso durante la hospitalización, así como suministros, intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos relacionados con el procedimiento realizado;
- f. una visita médica hospitalaria diaria;

- g. prótesis quirúrgicas;
- h. alergias.

Las hospitalizaciones pueden ser tramitadas mediante preautorización para pago directo o reembolso según sea el caso.

En caso de que no se preautorice, serán tramitadas vía reembolso de conformidad con la definición de costo de servicio médico que se establece en la cláusula de definiciones de este contrato.

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

Para prótesis quirúrgicas:

Se cubre el valor de las prótesis que se requiera para el procedimiento quirúrgico, producto de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, el cual debe estar debidamente prescrito por el médico tratante y preautorizado por el Instituto, hasta por el monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

En el caso de requerirse sustitución de la prótesis suministrada, dicha sustitución se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil de la prótesis que se debe reemplazar. No se cubren prótesis dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

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

CLÁUSULA VIII. COBERTURAS OPCIONALES

1. Maternidad

Podrán gozar de esta cobertura las mujeres incluidas en la póliza. Se cubrirán los gastos prenatales y postnatales, y los producidos por aborto espontáneo o amenaza de aborto espontáneo y parto, sea normal o con cesárea; además, se incluyen, los gastos rutinarios del recién nacido y por complicaciones del embarazo.

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

2. Enfermedades congénitas y hereditarias del recién nacido

Cubre los gastos médicos derivados de las enfermedades congénitas y hereditarias de los hijos, cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como persona asegurada en el plazo establecido en la cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Generales. En el caso de terapias relacionadas con este padecimiento, se establece un sublímite, que se deduce del monto

asegurado de enfermedades congénitas y hereditarias del recién nacido, el cual se indicará en las Condiciones Particulares.

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

3. Prematurez

Esta cobertura se suscribe para atender las condiciones propias de la prematurez del niño, cuyo nacimiento fue cubierto por la póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como persona asegurada en el plazo establecido en la cláusula Edad de Contratación y Cobertura de las Condiciones Generales. En el caso de terapias relacionadas con esta condición, se establece un sublímite que se deduce del monto asegurado de Prematurez, el cual se indicará en Condiciones Particulares.

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

4. Trasplante de órganos

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

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

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

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

Para esta cobertura aplica el monto asegurado vitalicio contratado

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

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

5. Aparatos de apoyo

Al amparo de esta cobertura, serán cubiertos tanto las prótesis como los aparatos externos en sustitución o apoyo de órganos naturales, o parte de ellos, que sean requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, debidamente prescritos por el médico tratante y preautorizados por el Instituto, hasta por el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

Dicho monto Asegurado irá disminuyendo con cada gasto presentado y, efectivamente, pagado durante el año póliza.

En el caso de requerirse sustitución de prótesis o aparatos externos, dicha sustitución se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del aparato que debe ser reemplazado, siempre que el aparato de apoyo original haya sido cubierto por esta póliza u otra de la cual se otorgó el privilegio de continuidad y siempre que sea médicamente necesaria y justificada la sustitución.

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

6. Acompañante de menor hospitalizado

Al amparo de esta cobertura se pagará hasta el monto definido en las Condiciones Particulares para cubrir los gastos de hospedaje y alimentación para un acompañante, cuando la persona asegurada deba ser hospitalizado fuera del territorio costarricense, siempre y cuando este sea un menor de dieciocho (18) años, por alguna causa debidamente cubierta en el contrato, y únicamente con previa coordinación del Administrador de Servicios Médicos.

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

7. Cuidados en el hogar

Esta cobertura cubre los honorarios profesionales una enfermera incorporada al ente regulador de la salud respectivo, en caso de una enfermedad o accidente, que así lo amerite, cubierto por el seguro y basado en las indicaciones médicas específicas de cuidados especiales para el manejo y administración delicada de medicamentos para la recuperación de la persona asegurada.

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

8. Terapias

Para cada persona asegurada se cubre hasta un máximo de sesiones por año póliza o bien hasta el monto asegurado contratado, según la opción elegida por el Tomador de seguro. Este servicio cubre los gastos elegibles médicamente necesarios y justificados para que la persona asegurada recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud que tenía antes de sufrir un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. La cantidad de sesiones de terapia y el monto Asegurado se indicarán en las Condiciones Particulares.

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

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

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

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

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

9. Tratamiento de enfermedades mentales

Se cubren los gastos médicos y hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares. Respecto a los gastos relacionados con enfermedades mentales o trastornos nerviosos, las atenciones médicas estarán a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización).

Para esta cobertura, se cubrirán las terapias impartidas por un psicólogo, siempre y cuando las mismas hayan sido prescritas por un psiquiatra.

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

10. Enfermedades epidémicas o pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas o pandémicas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso.

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

11. Actividades deportivas riesgosas

Están cubiertos los gastos médicos relacionados con los deportes, que se detallan a continuación y se practican en forma recreativa, hasta por el límite máximo anual establecido:

Rafting, uso de vehículos acuáticos con o sin motor, *canopy*, *bungee jumping*, *sky walk* o *sky trek*, *snorkeling*, pesca deportiva, rapel, escala de montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, motocross, bicicross, cuadraciclos, cuadracross, *surfing*, fútbol americano, *rugby*, artes marciales mixtas, toreo y participación en corridas de toros, *snowboard*, esquí (cualquier modalidad), *skateboard*, *kite surf*, moto náutica, *wind surf*, moto de nieve, *sand board* y *grass boards*.

Los deportes que no se detallan, se amparan por el beneficio máximo anual del contrato.

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

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

Esta cobertura no ampara la práctica competitiva de fútbol.

12. Práctica competitiva de fútbol

Están cubiertos los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica competitiva de fútbol específicamente.

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

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

13. Transporte en ambulancia terrestre

Este servicio cubre el viaje de traslado desde el lugar donde se desarrolle la enfermedad u ocurre el accidente hasta el hospital o al centro médico más cercano equipado para su tratamiento, en ambulancia debidamente autorizada.

El servicio de traslado se otorga únicamente cuando el paciente presente una condición médica donde la ambulancia sea el único medio de transporte.

En caso de requerir el servicio de traslado de un centro médico a otro por emergencia médica, el mismo será otorgado únicamente cuando, por condiciones de paciente o del tratamiento, tiene que ser evacuado, con previa certificación médica, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

Esta cobertura aplica únicamente previa coordinación a través del Administrador de Servicios Médicos.

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

14. Transporte en ambulancia aérea

Este servicio cubre el viaje de traslado desde el lugar donde se desarrolle la enfermedad u ocurre el accidente hasta el hospital al centro médico más cercano equipado para su tratamiento

En caso de requerir el servicio de traslado de un centro médico a otro por emergencia médica, el mismo será otorgado únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, previa certificación médica, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

El servicio de traslado en ambulancia aérea aplica únicamente cuando el paciente no pueda ser movilizado vía terrestre; y/o viajar en una aerolínea comercial caso contrario no será cubierto.

Esta cobertura aplica únicamente previa coordinación a través del Administrador de Servicios Médicos.

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

15. Asistencia al viajero

Esta cobertura cubre la atención médica, tanto para accidente como enfermedad aguda, a través de un Proveedor de Servicios Médicos fuera del país y en cualquier parte del mundo. El detalle de los beneficios se especifica en un anexo adicional.

16. Emergencias médicas durante viajes en el extranjero

Los beneficios de esta cobertura serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia deberá

presentar la debida justificación de haber incumplido este requisito, aspecto que será evaluado por el Instituto y/o por el Administrador de esta cobertura, se entiende como emergencia únicamente lo indicado en la cláusula Definiciones, caso contrario, no será objeto de cobertura.

En esta cobertura se ampara:

a. Evacuación o repatriación por razones médicas

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia y determinarse que médicamente es necesario que la persona asegurada sea evacuada o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar la emergencia.

Para estos casos, el Instituto y sus representantes en el extranjero facilitarán una ambulancia terrestre o aérea, o un vuelo en una aerolínea comercial, por la ruta más directa y adecuada.

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

b. Repatriación de restos mortales

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

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

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

Para los ítems mencionados anteriormente los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite anual contratado, adicionalmente la participación de la persona asegurada en el deducible anual y coaseguro se detalla en las Condiciones Particulares.

17. Chequeo general

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

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

18. Chequeo oftalmológico

Este chequeo consiste, únicamente, en un paquete de servicios médicos para la comprobación oftalmológico de la persona asegurada.

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

19. Lentes o anteojos

Se cubre la compra de anteojos que incluye lentes y el aro de lentes o lentes de contacto, siempre que sean recetados por un oftalmólogo y/u optometrista hasta por el monto asegurado contratado el cual aplica para el año póliza.

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

20. Chequeo oftalmológico y compra de lentes

Este chequeo consiste en un paquete de servicios médicos para la comprobación oftalmológico de ambos ojos de la persona asegurada, adicionalmente puede tramitar la compra de anteojos que incluye lentes y el aro de lentes o lentes de contacto, los mismos serán cubiertos, siempre que sean recetados por un oftalmólogo y/u optometrista.

Esta cobertura se indemniza únicamente por reembolso.

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

21. Chequeo ginecológico

Cubre una consulta médica ginecológica y un papanicolau, indiferentemente de la edad de la persona asegurada.

Si la persona asegurada es mayor de cuarenta (40) años, además de la consulta médica y el papanicolau se incluye una mamografía.

Esta cobertura es exclusiva para la persona asegurada directa.

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

22. Chequeo urológico

Cubre una consulta médica urológica, indiferentemente de la edad de la persona asegurada.

Si la persona asegurada es mayor de cuarenta (40) años, además de la consulta médica se incluye una prueba del antígeno prostático.

Esta cobertura es exclusiva para la persona Asegurada directa.

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

23. Cobertura odontológica de emergencia:

Esta póliza contiene el anexo de cobertura dental por emergencia, el cual contempla las condiciones de esta cobertura que forman parte de esta póliza, según se indique en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura operará siempre y cuando la persona asegurada se comuniquen con el Administrador de Servicios Médicos para hacer uso de esta cobertura, caso contrario, no será cubierta.

24. Cobertura odontológica de emergencia y prevención:

Esta póliza contiene el anexo de cobertura dental por emergencia y prevención, el cual contempla las condiciones de esta cobertura que forman parte de esta póliza, según se indique en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura operará siempre y cuando la persona asegurada se comuniquen con el Administrador de Servicios Médicos para hacer uso de esta cobertura, caso contrario, no será cubierta.

25. Cobertura odontológica amplia:

Esta póliza contiene el anexo de cobertura dental amplia, el cual contempla las condiciones de esta cobertura que forman parte de esta póliza, según se indique en las Condiciones Particulares.

Esta cobertura operará siempre y cuando la persona asegurada se comuniquen con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura, caso contrario, no será cubierta.

26. Cobertura odontológica sublimitada

Se brindará cobertura a los servicios de atención odontológica y afines, a los que se someta la persona asegurada, por profesionales en la salud bucodental, indiferentemente si el servicio es o no por accidente o enfermedad, hasta por el límite contratado, los cuales no requieren ser preautorizados. Adicionalmente la persona asegurada cuenta con libre elección médica.

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

27. Cobertura de extracción de terceras molares impactadas:

Esta cobertura cubre únicamente el costo de la cirugía por la extracción de terceras molares impactadas o semiimpactadas.

En caso de hacer uso de esta cobertura mediante preautorización, como requisito la persona asegurada deberá aportar los estudios radiológicos previa a la cirugía y, una vez aprobada y realizada la cirugía, la persona asegurada, deberá aportar otra radiografía después de la operación.

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

28. Zapatos o plantillas ortopédicas

Esta cobertura contempla el costo de adquisición de zapatos o plantillas ortopédicas que requiera la persona asegurada indiferentemente de la edad hasta por el monto asegurado contratado el cual aplica para el año póliza.

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

29. Control de niño sano

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

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

VACUNA	EDAD DE APLICACIÓN
BCG (<i>Bacilo Calmete-Guerin</i>)	Recién nacido
Hepatitis B	Recién nacido, 2 y 6 meses
H Influenza tipo B	2, 4, 6, 15 meses
DPT (<i>Difteria, Pertussis acelular y Tétanos</i>)	2, 4, 6 meses, 1 año y 3 meses y 4 años
Poliovirus	2, 4, 6 meses y a los 4 años

Influenza anual	< 5 años
SRP (<i>Sarampión, Rubéola y Paperas</i>)	15 meses
Varicela	1 año y 4 años
Neumococo 13 valente	2, 4, 15 meses
Hepatitis A	1 año, 1 año y 6 meses
Rotavirus	2 y 4 meses

Adicionalmente, se incluyen las consultas pediátricas y suministro de vitaminas (debidamente prescritas por el médico tratante). El esquema de consultas aplicable en esta cobertura es el siguiente:

EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD DE CONSULTAS
De 0 a 12 meses	6 consultas por año
De 13 a 23 meses	2 consultas por año
De 24 meses a menos de 5 años	1 consulta por año

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

30. Salpingectomía

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

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

31. Vasectomía

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

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

32. Tratamiento de drogas y alcohol

Esta cobertura se suscribe para superar la dependencia del uso o abuso de drogas ilícitas, alcohol, así como la farmacodependencia, cuando sea referido por un médico.

En caso de requerirse un internamiento en un centro médico especializado, se cubrirá, siempre y cuando el mismo sea prescrito por un médico psiquiatra especializado en estas dependencias de drogas y alcohol.

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

33.Tratamiento para infecciones de transmisión sexual

Serán cubiertos los gastos médicos para las infecciones de transmisión sexual.

Se excluye los tratamientos relacionados con VIH/SIDA.

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

34.Cobertura del VIH/SIDA

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

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

35.Nutrición

Esta cobertura ampara las citas de nutrición que se negocien hasta por un monto máximo por cita y por un límite en la cantidad de citas, según se especifique en las Condiciones Particulares.

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

36.Psicología

Esta cobertura ampara las terapias de psicología que se negocien hasta por un monto máximo por terapia y por un límite en la cantidad de terapias, según se especifique en las Condiciones Particulares.

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

37. Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido y coaseguro.

a) Muerte

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

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

b) Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares del presente contrato, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación, se deben presentar las facturas originales (en el caso de Costa Rica, según el Ministerio de Hacienda) pagadas.

c) Liberación del pago del seguro por fallecimiento de la persona asegurada

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

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

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

38. Enfermedades y accidentes Graves

Esta póliza contiene el anexo Cobertura de Enfermedades y Accidentes Graves, el cual contempla las condiciones de esta cobertura que forman parte de esta póliza, según se indique en las Condiciones Particulares. **Esta cobertura opera solo cuando se suscribe el ámbito de cobertura regional y es excluyente, si se suscribe la cobertura de cáncer.**

39. Cobertura de cáncer

Esta póliza contiene el anexo Cobertura de cáncer, el cual contempla las condiciones de esta cobertura, que forman parte de esta póliza, según se indique en las Condiciones Particulares. **Esta cobertura opera solo cuando se suscribe el ámbito de cobertura regional y es excluyente si se suscribe la cobertura de enfermedades y accidentes graves.**

A esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguro correspondiente, según se indica en las Condiciones Particulares.

40. Otros riesgos especiales

Esta cobertura ampara las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo Asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial, el cual será detallado en las Condiciones Particulares; adicionalmente, el Instituto podrá amparar, con previa valoración, alguna de las exclusiones estipuladas en esta póliza. Esta cobertura brinda protección a riesgos o enfermedades que estén directamente relacionados con la ocupación y actividades que practica el grupo Asegurado y que no están amparados en ninguna de las otras coberturas detalladas en esta póliza.

CLÁUSULA IX. PERÍODO DE ESPERA

El período de espera para las coberturas que correspondan se indica en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA X. RIESGOS EXCLUIDOS

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

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

1. Accidentes provocados intencionalmente por la persona asegurada o en los que no existió la acción repentina de un agente externo.
2. Accidentes ocurridos o sufridos a la persona asegurada, con o sin intención, cuando este último se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas o estupefacientes.

3. Accidentes donde la persona asegurada conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentren desempeñando sus funciones laborales.
5. El accidente o enfermedad sufrido por la persona asegurada como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.
6. Suicidio, estando o no la persona asegurada en uso de sus facultades mentales.
7. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, insurrección, participación en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual la persona asegurada esté participando.
8. Participación del tomador o persona asegurada en actividades ilícitas relacionadas con legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y otros delitos conexos.

CLÁUSULA XI. GASTOS EXCLUIDOS

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

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

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

1. todo tratamiento no prescrito u ordenado por el médico u odontólogo tratante, o bien tratamientos que sí sean prescritos, pero no relacionados con el diagnóstico que se esté tratando al amparo de esta póliza, así como por profesionales que no se encuentren activos o habilitados en el ente regulador de la salud respectivo;
2. toda condición preexistente, excepto lo que se indique en la Cobertura de Preexistencias, Enfermedades Congénitas y/o hereditarias del recién nacido en caso de ser suscrita;
3. chequeos médicos, excepto lo que se indique en Chequeo general, Chequeo oftalmológico, Lentes o anteojos, Chequeo ginecológico, Chequeo Urológico, en caso de ser suscritas.

4. gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato; o que se originen del resultado del proceso de selección de riesgos individual
5. tratamientos experimentales;
6. trastornos, enfermedades y tratamientos por reposo o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo, excepto lo que se indique en Tratamiento de enfermedades mentales y Muerte, en caso de ser suscrita;
7. tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), así como cualquier psicotrópico, terapias, consultas con psicólogos o psiquiatras excepto lo que se indique en las coberturas de Tratamiento de enfermedades mentales y Psicología, en caso de ser suscrita;
8. gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluso las cirugías bariátricas, así como las enfermedades que, directa y únicamente, tengan como origen estas condiciones o padecimientos;
9. bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés;
10. tratamientos y consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, la farmacodependencia, así como sus efectos secundarios, excepto lo que se indique en la cobertura Tratamiento de drogas y alcohol, en caso de ser suscrita;
11. Enfermedades, condiciones o padecimientos que se originen como consecuencia del consumo de alcohol, alcoholismo, tabaco o uso de drogas ilícitas.
12. métodos anticonceptivos; independientemente del uso que determine el médico
13. vitaminas, vacunas y medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico y tomados en forma preventiva independientemente del uso que determine el médico, excepto lo que se indique en la cobertura Control Niño Sano, en caso de ser suscrita;
14. energizantes y suplementos alimenticios, independientemente del uso que determine el médico;
15. tratamientos y cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastia, se incluyendo la mamoplastia.

Se exceptúa de esta exclusión cuando la cirugía reconstructiva es a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza;
16. alopecia (caída del cabello), independientemente de su causa;

17. consultas y tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto y cualquier complicación provocada por estos. éstos.

Se exceptúa de esta exclusión los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.

En relación con lentes y anteojos, cubre lo que se indique en la cobertura Lentes o anteojos, en caso de ser suscrita;

18. gastos por consultas y tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente donde se cubren únicamente reemplazos de piezas dentales naturales,

En este caso no se cubrirán los reemplazos de piezas dentales que no sean naturales.

Adicionalmente de esta exclusión se exceptúa lo que se indique en Odontológica de emergencia, Odontológica de emergencia y prevención, Odontológica amplia y Odontológica sublimitada.

19. gastos por consulta y tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular. También se incluye el prognatismo, el síndrome temporomandibular, el craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular; excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo que se indique en la Cobertura Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido en caso de ser suscrita

20. consultas y tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad; independientemente del profesional que lo realice.

21. consultas y tratamientos podiátricos (que sean para el cuidado de los pies), independientemente de que sea practicado por un médico;

22. consultas y tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles;

23. consultas y tratamiento del síndrome premenopáusico;

24. consultas y tratamiento del síndrome climatérico. También se incluye osteopenia y osteoporosis;

25. examen y tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y consulta médica relacionada con ello;

26. Implantación de embriones *in vitro* y transferencias de embrión, así como embarazos logrados por inseminación artificial. Embarazos logrados por terapia hormonal, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y similares

relacionados directa o indirectamente. No se pagará ningún cargo por servicios relacionados a estos tipos de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias y las complicaciones asociadas con estos, así como secuelas directas o indirectas, tales como hemorragias o pérdida de productos (abortos, fetos o recién nacidos);

27. todo tipo de tratamiento y consulta por la disfunción eréctil; excepto por un procedimiento a consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza.
28. todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio o reversión de sexo;
29. infecciones de transmisión sexual (venéreas), excepto lo que se indique en la cobertura Tratamiento para infecciones, en caso de ser suscrita;
30. pruebas de diagnóstico y tratamiento para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones, excepto lo que se indique en la cobertura de VIH/SIDA, en caso de ser suscrita;
31. bienes o servicios recibidos por la persona asegurada que hayan sido pagados por otros seguros;
32. no se cubrirá ningún tipo de gastos médicos realizados y prescritos por la persona asegurada para sí mismo, relacionados con cirugías, procedimientos, exámenes, medicamentos, consultas o suministros, así como tratamientos de fisioterapia y rehabilitación;
33. no se cubrirán los honorarios por consulta médica, aplicación de tratamientos y cualquier procedimiento quirúrgico, suministros, tratamientos de fisioterapia y rehabilitación realizados por profesionales médicos que tengan una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado con la persona asegurada, así como la autoprescripción médica, tampoco se cubrirán los gastos citados anteriormente, si la persona asegurada tiene una relación comercial, como, pero no limitada a proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro;
34. tratamientos y cirugías no reconocidas por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales; o que no sean médicamente necesarios
35. deducibles y coaseguros aplicados en otros seguros, sean o no del Instituto;
36. no se ampara ninguna lesión sufrida en la práctica de cualquier deporte en forma profesional, semiprofesional y remunerada. Asimismo, no se cubrirá ningún tipo de accidente por la práctica de deportes donde se utilicen vehículos acuáticos con motor, excepto lo que se indique en la cobertura Deportes, en caso de ser suscrita.

No obstante, lo anterior, por tratarse este de un contrato tipo, el Instituto podrá establecer en esta sección la ampliación o limitación del alcance de las exclusiones correspondientes a Riesgos o Gastos Excluidos, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA XII. OTRAS EXCLUSIONES

Serán detalladas en esta sección otras exclusiones que de común acuerdo con el Tomador del Seguro sean pactadas o bien que correspondan a alguna cobertura adicional solicitada por el Tomador del Seguro.

SECCIÓN D. PERSONAS BENEFICIARIAS

CLÁUSULA XIII. DESIGNACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS

Al deceso de la persona asegurada, si fue suscrita la Cobertura de Fallecimiento, el importe de la indemnización, al amparo de esta póliza, se pagará a las personas beneficiarias de conformidad con los siguientes lineamientos:

1. por fallecimiento de la persona asegurada directa, las personas beneficiarias designadas por éste o, en su defecto, los herederos legales del mismo;
2. por fallecimiento de las personas aseguradas dependientes, la persona asegurada directa o, en su defecto, los herederos legales de los mismos, si fue suscrita para estos la Cobertura de Fallecimiento.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar como persona beneficiaria a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque en las legislaciones civiles se previene la forma en la que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no se considera al contrato de seguro como un instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de personas beneficiarias menores, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre como persona beneficiaria al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de personas beneficiarias en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CLAÚSULA XIV. MODIFICACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS

La persona asegurada directa puede cambiar de persona beneficiaria en cualquier momento este cambio debe efectuarse por escrito y es válido solo si fue recibido por el Instituto, quien hará efectivo el cambio a partir de la fecha en que recibe la solicitud de cambio y lo registrará en la póliza.

El pago hecho por el Instituto a una persona beneficiaria, antes de haber sido informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

En los casos en que la persona asegurada ha designado a más de una persona beneficiaria sin especificar la distribución respectiva entre ellos, el Instituto realizará la distribución en partes iguales. Si alguno de las personas beneficiarias designados fallece antes que la persona asegurada directa y no es debidamente sustituido, la proporción del monto correspondiente será distribuido en partes iguales entre los otros beneficiarios registrados en la póliza. Si no fueron designadas personas beneficiarias o no sobrevive ninguna de estas al momento del fallecimiento la persona asegurada, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales la persona asegurada según se establezca en el respectivo proceso sucesorio.

CLÁUSULA XV. MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA POR LA PERSONA BENEFICIARIA

La persona beneficiaria que cause la muerte de la persona asegurada por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a esa persona beneficiaria.

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

CLÁUSULA XVI. PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA EN LOS GASTOS

Para poder hacer uso del seguro en gastos ambulatorios, la persona asegurada deberá asumir el deducible anual indicado en las Condiciones Particulares de este contrato.

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

- a. formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado;
- b. factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada por el Ministerio de Hacienda y, de ser posible, con el archivo XML);
- c. prescripciones y recetas médicas;
- d. resultados de los exámenes prescritos por el médico tratante.

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 la persona asegurada 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 en contemplación de los coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada.

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

La participación correspondiente a coaseguros y el detalle de los rubros en que aplican, así como el límite por concepto de Deducible Máximo Anual serán indicados en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XVII. RESIDENCIA TEMPORAL

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que la persona asegurada y sus dependientes inscritos residen en Costa Rica. En caso de que alguna de las personas aseguradas resida fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos o discontinuos por año, la persona asegurada o el Tomador de Seguro deberán comunicarlo por escrito al Instituto, quien se reserva el derecho de aceptar esta condición y de aplicar el recargo correspondiente, el cual se indicará en las Condiciones Particulares.

Si la persona asegurada o Tomador del Seguro no informa al Instituto sobre su cambio de residencia temporal en el extranjero, la persona se excluirá, y se procederá a la devolución de la prima no devengada que corresponda, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación. La devolución procederá siempre que no existan reclamos pagados durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA XVIII. INCLUSIÓN DE PERSONAS ASEGURADAS

El miembro del grupo asegurable que desee estar incluido en el seguro deberá completar la fórmula suministrada por el Instituto para tal efecto, en la cual solicita su inclusión en el seguro.

Una vez que el Instituto reciba todos los requisitos, este cuenta con un plazo que no excederá treinta (30) días naturales para aceptar o rechazar dicha solicitud y, de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad establecidas.

En caso de que la inclusión de una persona asegurada requiera de la aceptación del riesgo, se tomará como fecha de inclusión la indicada por el aceptador del riesgo, para lo cual se calculará el ajuste correspondiente.

Si la solicitud de inclusión es aceptada, el Instituto generará el certificado individual de seguro que se hará llegar a la persona asegurada quien quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptado el riesgo.

El Tomador del Seguro deberá realizar el pago de la prima correspondiente a dicha inclusión dentro del período de gracia establecido en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XIX. REGISTRO DE PERSONAS ASEGURADAS

El Tomador del Seguro será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de las personas aseguradas con la siguiente información:

- a) la lista de las nuevas personas aseguradas al grupo, para lo cual se deben remitir las respectivas Solicitudes de Inclusión o de Enrolamiento, según corresponda, como persona asegurada debidamente cumplimentadas;
- b) la lista de las personas aseguradas para los cuales el Tomador del Seguro ha solicitado la exclusión definitiva del grupo asegurado y, por ende, la terminación de la cobertura para dichas personas aseguradas.

Todos los reportes, que deben ser presentados ante el Instituto y que han sido mencionados anteriormente, deberán ser entregados por los medios electrónicos definidos y con la estructura de datos suministrada por el Instituto.

Conforme a la información suministrada por el Tomador del Seguro, el Instituto llevará un registro de personas aseguradas en el que deberá constar el nombre, edad, fecha de nacimiento, género, parentesco con la persona asegurada directa, tipo y número de identificación, personas beneficiarias designadas, suma asegurada por cobertura, y fechas de ingreso y egreso de cada persona asegurada.

Previo al vencimiento anual de la póliza, el Instituto remitirá al Tomador de seguro, en el plazo negociado se indicará en Condiciones Particulares, el reporte completo de las personas aseguradas. El Tomador de seguro en un plazo estipulado en Condiciones Particulares deberá validar la información y si corresponde solicitar las modificaciones respectivas. Caso contrario se entenderá que el Tomador de seguro está de acuerdo con la información suministrada.

CLÁUSULA XX. OTRAS OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Adicional a lo indicado en los apartados anteriores el Tomador del seguro deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a) Entregar y recibir todo tipo de información y documentación necesaria para la inclusión de asegurados en la póliza colectiva.
- b) Informar a los asegurados la participación de un intermediario de seguros cuando corresponda.
- c) Informar a los asegurados si en la intermediación de la póliza participa una sociedad corredora de seguros e informar si esta actúa como asesor con contraprestación de honorarios asumida por el tomador, así como las obligaciones y responsabilidades de dicha sociedad corredora.
- d) Deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los asegurados y reportarlos según corresponda.
- e) Colaborar con el INS para informar al asegurado por los medios indicados por este, las modificaciones aplicadas al contrato por solicitud del Tomador.
- f) Colaborar con el INS en comunicar al Asegurado con al menos cuarenta y cinco (45) días de antelación cuando por solicitud del Tomador esta póliza deba darse por terminada.

- g) Cuando el tomador de un seguro colectivo decida unilateralmente cambiar el intermediario de seguros que administra la póliza colectiva contributiva; o sustituir su póliza colectiva contributiva por una nueva suscrita por un asegurador distinto o por el mismo asegurador, deberá comunicar a cada asegurado, con al menos un mes de anticipación a la fecha efectiva del cambio.
- h) En los casos en los que la inclusión a la póliza colectiva se da por ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, debe informar al asegurado de forma expresa y clara si la contratación es obligatoria o si resulta opcional para este.
- i) El tomador se encuentra obligado a reponer al INS lo pagado al asegurado de buena fe, como consecuencia de los errores y las omisiones en las que incurrió el tomador.

CLÁUSULA XXI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión, inexactitud o declaraciones falsas en que, deliberadamente, incurra el Tomador del Seguro, la persona asegurada o la persona beneficiaria libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la valoración del riesgo u ocurrencia del siniestro.

Si la omisión o inexactitud es o no intencional, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su Artículo 32.

CLÁUSULA XXII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

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

CLÁUSULA XXIII. OTROS SEGUROS

En caso de que las personas aseguradas cuenten con otros seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por el Instituto serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto, para lo cual el Instituto coordinará los pagos con las otras compañías. Si el otro seguro es de Riesgos del Trabajo o Seguro Obligatorio Automotor, esta póliza aplicará en exceso de estos, de forma complementaria y contingente.

CLÁUSULA XXIV. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto tiene derecho a examinar a las personas aseguradas por medio de los médicos designados por él, para comprobar la procedencia de todo reclamo. Estos gastos serán por cuenta del Instituto.

Las personas aseguradas están en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la evaluación del caso y deberán firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de información adicional que necesite el Instituto.

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

SECCIÓN F. PRIMAS

CLAUSULA XXV. PRIMAS

La prima de esta póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y estará sujeta a las coberturas que libremente elija el Tomador del Seguro.

La prima indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro incluye la comisión otorgada a su intermediario de seguros, en caso de que exista la figura. De igual manera se contempla una comisión de cobro por concepto de la gestión del tomador en la póliza conforme la Cláusula Comisión de Cobro de este contrato. La prima ya considera cualquier otro costo que pueda generarse en caso de que la persona asegurada decida optar por otro seguro, por lo que ante esta situación el Tomador no debe realizar cobros adicionales al asegurado.

CLÁUSULA XXVI. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

La responsabilidad del pago total de la prima de cada persona asegurada recae exclusivamente sobre el Tomador del Seguro.

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

Si se selecciona una forma de pago diferente a la anual, deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, esto según se detalla a continuación:

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, esto según se detalla en el cuadro adjunto, así como en Condiciones Particulares y en el formulario Solicitud de Seguro.

- **Dólares**

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

- **Colones**

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

Por tratarse este de un contrato tipo, el Instituto podrá establecer en las condiciones particulares el porcentaje establecido dentro de los rangos indicados anteriormente y según el acuerdo con el Tomador del Seguro.

La forma de pago puede ser variada con respecto al vencimiento anual de la póliza. No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que conste en el recibo oficial expedido por el Instituto. El pago de la prima mantiene en vigencia esta póliza hasta la fecha en que debe cancelarse la siguiente prima.

Los pagos de primas se podrán realizar en las sucursales o puntos de venta del Instituto. Estos pagos deberán realizarse al Instituto en efectivo, depósito bancario o transferencia bancaria. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción. La prima deberá pagarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato, a la fecha acordada de pago, en los casos de pago fraccionado, o bien al inicio de la vigencia de la prórroga del seguro, según corresponda.

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

CLÁUSULA XXVII. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima, el Instituto le concede al Tomador del Seguro un período de gracia que no podrá ser inferior a diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, el cual estará establecido de forma definitiva en las Condiciones Particulares. Dicho período empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima, según la forma de pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares.

Si durante el período de gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente, previa cancelación de las primas pendientes por parte del Tomador del Seguro.

CLAÚSULA XXVIII. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Toda devolución de primas ya sea al Tomador del Seguro o a la persona asegurada directa según corresponda, será girada por el Instituto dentro de los diez (10) días hábiles después de la fecha en que procede dicha devolución.

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA

CLAÚSULA XXIX. AJUSTE DE PRIMAS PARA PRÓRROGA

Cuando se dé una prórroga, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, las cuales estarán indicadas en las Condiciones Particulares.

El ajuste de la prima del seguro se establecerá tomando en cuenta las tarifas vigentes, edad, sexo, coberturas, número de asegurados, experiencia siniestral del grupo asegurado, inflación de costos médicos, así como recargos o descuentos relacionados al proceso de selección.

La modificación en primas se aplicará sea que la persona asegurada y/o Tomador decida prorrogar su contrato, el ajuste, si corresponde se realizará en cada fecha de vigencia anual.

Por tratarse éste de un contrato tipo, las partes podrán acordar adicionar o dejar sin efecto alguno de los factores que influyen en el ajuste de la prima, los cuales serán indicados en Condiciones Particulares.

SECCIÓN H. RECARGOS Y DESCUENTOS

CLÁUSULA XXX. RECARGOS Y DESCUENTOS

El Instituto podrá definir un descuento a la prima según el volumen de personas aseguradas que se registre en una póliza, de conformidad con los rangos por cantidad de personas aseguradas que se detalla en las Condiciones Particulares.

Asimismo, de acuerdo con la modalidad de contratación combinada con el tipo de afiliación, se plantean los recargos de la siguiente tabla, que se definen en función de la selección adversa que se prevé cuando es voluntario el aseguramiento o cuando queda a criterio del Tomador el grupo asegurable:

Recargos por forma de afiliación			
		Total	Parcial
Modalidad	No contributiva	0%	5%

	Contributiva	0%	10%
--	--------------	----	-----

Los recargos y descuentos de la presente cláusula se consideran al momento de emitir el contrato con el Tomador del Seguro.

SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXXI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Este seguro es anual, en el que la suma asegurada se restituye de acuerdo con sus límites de cobertura para el año siguiente, excepto en casos de coberturas vitalicias, donde el monto de los gastos cubiertos se deduce de la suma asegurada inicial.

La suma asegurada se agota por persona, por cada persona asegurada se llevará un registro de saldo individual y la responsabilidad máxima del Instituto está limitada a dicha suma y a los sublímites detallados en las Condiciones Particulares de conformidad con los costos de servicios médicos.

Para hacer uso del seguro el Instituto podrá establecer un monto a partir del cual se deberá preautorizar cualquier gasto indemnizable. Este monto podrá negociarse y se establecerá en las Condiciones Particulares.

Una vez el cliente solicite la utilización del seguro, el pago del gasto indemnizable puede derivar en pago directo o reembolso según sea el caso:

- Los gastos indemnizables por montos menores al establecido por el Instituto, se indemnizarán vía reembolso.
- Si la persona asegurada requiere el pago directo deberá solicitar la preautorización respectiva.
- Los gastos por medicamentos no serán objeto de preautorización y se indemnizarán vía reembolso.

Todo gasto cubierto será reconocido de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a que la persona asegurada asuma el deducible anual o coaseguros establecidos, los cuales se calculan sobre los gastos indemnizables.

Una vez la persona asegurada asuma los rubros mencionados anteriormente:

- el proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto a través del Administrador de Servicios Médicos, por concepto de atenciones hospitalarias.
- el Instituto pagará directamente al proveedor afiliado por los gastos indemnizables con las condiciones y montos asegurados negociados, a excepción de los gastos que no sean objeto de cobertura.

Para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios, farmacias) que brindan servicios de salud a las personas aseguradas.

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

Con el Tomador del Seguro se podrá pactar la utilización de la red de proveedores afiliados completa o una selección más reducida de la misma, que se indicará en las Condiciones Particulares.

No obstante, aún con la Red de Proveedores afiliados, la persona asegurada tiene libre elección médica, por lo cual 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; donde se aplicarán condiciones diferentes en relación con la participación en los gastos.

El utilizar proveedores que no forman parte de la red de proveedores afiliados no exime a la persona asegurada de preautorizar los procedimientos que así determine el INS, ni tampoco implica un pago directo.

Cuando se requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica cubierta por la póliza, la persona asegurada deberá presentar al Instituto el formulario de Solicitud de Preautorización debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización emitida por el médico tratante, mediante correo electrónico o físicamente en las plataformas de los Centros Médicos.

Toda solicitud de preautorización deberá ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación, con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Para todos los servicios a excepción de los prestados en Sala de Urgencias, el Instituto brindará confirmación de la evaluación de la preautorización, dentro del plazo de los cinco días indicados. Para los servicios prestados en la Sala de Urgencias, la respuesta sobre la resolución de la solicitud no excederá los 45 minutos; una vez que se haya remitido toda la información necesaria. El Instituto brindará confirmación de la evaluación de la preautorización, al proveedor afiliado que corresponda.

En casos de emergencia o accidentes cuando la persona asegurada no pueda notificar al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir la atención médica, la persona asegurada deberá comunicar el siniestro en las veinticuatro (24) horas siguientes una vez que se encuentre en condiciones para realizar el aviso.

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 preautorización.

Para las preautorizaciones deberá remitirse la solicitud al correo electrónico: autorizacionesins@grupoins.com o llamar a la línea 800 Medical (800-6334 225), en el caso específico de los chequeos deberán tramitarse a la dirección inschequeos@grupoins.com , donde se tramitará la solicitud según las condiciones del presente contrato.

Red de Servicios de Salud (RSS)

En caso de que la persona asegurada opte por la utilización de la Red de Servicios de Salud (RSS), deberá previamente coordinar el servicio:

- **Preautorizaciones:** autorizacionesins@grupoins.com o comunicarse al teléfono 800 Medical (800-6334225).
- **Chequeos médicos:** inschequeos@grupoins.com para el respectivo aval, así como agendar la cita.

Al momento de utilizar la Red de Servicios de Salud, la persona asegurada cuenta con una cobertura cien por ciento (100%), es decir no hay participación la persona asegurada en deducible ni coaseguro.

Adicionalmente la persona asegurada no requiere haber superado el deducible anual para optar por los servicios de la Red de Servicios de Salud, y se cuenta con la modalidad de pago directo.

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

En caso de utilización del seguro fuera de Costa Rica la persona asegurada deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos a los siguientes números telefónicos y datos de contacto, para gestionar la coordinación respectiva.

Números gratuitos

1 844 865 0804 USA

900 995 484 España

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

Números directos

+1 (407) 264-7118 USA

(091) 189-5152 España

+1 (407) 264-7118 Canadá/Caribe/Resto de las Américas*

+34 (91)189-5152 Europa/Resto del mundo*

*Llamada para cobrar vía operadora internacional si este servicio se encuentra disponible desde el lugar donde se encuentra. También puede utilizar las líneas +1 (305) 590-8016 y/o +34 (91)593-4227 y el correo electrónico: insinternacional@grupoins.com Indicando el servicio que requiere, la razón médica, un número telefónico donde se ubica. Adicionalmente, el país donde se encuentra, así como la zona.

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos.

Según el ámbito de cobertura contratado se debe considerar:

- **Costa Rica:** si los gastos son fuera de Costa Rica los mismos no son objeto de cobertura.

- **Regional:** si los gastos son fuera de la región, éstos serán tramitados únicamente vía reembolso y al costo de servicios médicos de la región.
- **Internacional:** si los gastos son fuera de Centroamérica y se suscribe la cobertura de Asistencia al Viajero, dicha cobertura operará en primera instancia y deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos. En caso de no tener la cobertura de Asistencia al Viajero se mantiene la condición de contactar al Administrador de Servicios Médicos.

Si el Tomador del Seguro no suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero o la persona asegurada no realiza la coordinación mediante el Administrador de Servicios Médicos y sufre un accidente o enfermedad aguda deberá presentar los gastos utilizando la modalidad de reembolso, de acuerdo a las condiciones contratadas en el seguro.

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

Enfermedad aguda o accidente fuera de Costa Rica

Cuando la persona asegurada viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero (ver anexo de la Cobertura) en caso de haberla suscrito. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas de este seguro.

Según el ámbito de cobertura contratado se debe considerar:

- **Costa Rica:** si los gastos son fuera de Costa Rica los mismos no son objeto de cobertura.
- **Regional:** si los gastos son fuera de la región, éstos serán tramitados únicamente vía reembolso y al costo de servicios médicos de la región.
- **Internacional:** si los gastos son fuera de Centroamérica y se suscribe la cobertura de Asistencia al Viajero, dicha cobertura operará en primera instancia y deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos. En caso de no tener la cobertura de Asistencia al Viajero se mantiene la condición de contactar al Administrador de Servicios Médicos.

Medicina Virtual

La persona asegurada se pondrá en contacto con un médico a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o bien la página medicinavirtual.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 de la persona asegurada en deducible ni coaseguro

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

CLÁUSULA XXXII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

La persona asegurada, el Tomador del Seguro o la persona beneficiaria, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha en que se hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación.

La persona asegurada deberá presentar los requisitos que se detallan a continuación:

1. Gastos Médicos

- a) el Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado;
- b) factura (s) electrónica (s) cancelada (s) (en el caso de Costa Rica, autorizadas, según el Ministerio de Hacienda y de ser posible con el archivo XML);
- c) comprobantes de pago en caso de que se requieran;
- d) prescripciones y recetas médicas;
- e) resultados de los exámenes.;
- 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) factura (s) electrónica (s) cancelada (s) (en el caso de Costa Rica, autorizadas, según el Ministerio de Hacienda y de ser posible con el archivo XML);
- 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.

CLÁUSULA XXXIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN

Según la Ley 8956, Ley Reguladora del Contrato de Seguros, y Ley 8653, Ley Reguladora del Mercado de Seguros, el asegurador la persona asegurada está obligado a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales a partir de la tramitación del recibo del reclamo.

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

- 1. teléfono 800-Teleins (800-8353467);
- 2. correo electrónico: contactenos@grupoins.com

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS

CLAUSULA XXXIV. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

La vigencia se establece por un año que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, y terminará el día de la fecha del aniversario siguiente, no obstante, puede ser prorrogable, salvo que el Tomador del seguro exprese por escrito lo contrario, al menos con noventa (90) días naturales de antelación al vencimiento. Aplica la prórroga en tanto se cancele la prima determinada.

En caso de que el Tomador del seguro no efectúe la prórroga de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia de esta, quedando en este caso excluidos únicamente los siniestros ocurridos en fecha posterior a dicha vigencia.

Respecto a cada persona asegurada, este seguro estará vigente desde la fecha que se indique en el certificado de seguro y permanecerá vigente mientras esté incorporado a la póliza.

CLÁUSULA XXXV. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta póliza podrá ser terminada, anticipadamente, por alguna de las siguientes causas:

- a. a solicitud expresa y por escrito del Tomador del Seguro del seguro con al menos noventa (90) días naturales de anticipación; esta decisión deberá comunicarse a las personas aseguradas con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales a la fecha de cancelación.
- b. por falta de pago total o parcial de la prima, según la forma de pago de la prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el período de gracia correspondiente. Lo anterior, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 37, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros;
- c. cuando en el aniversario de la póliza o en la fecha de vencimiento de pago de prima el número de personas aseguradas directas sea menor a 10 o menor al setenta y cinco por ciento (75%) del grupo de personas elegibles para el seguro, de conformidad con la propuesta original del Tomador del Seguro. Si se pacta una cantidad o porcentaje diferente con el Tomador del Seguro, se indicará en las Condiciones Particulares;
- d. si el Tomador del Seguro incumple con lo establecido en la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo N°7786 y en su normativa complementaria;
- e. incumplimiento de las Obligaciones del Tomador del seguro, persona asegurada o persona beneficiaria de este contrato.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación de la póliza, estas serán devueltas al Tomador del Seguro o a la persona asegurada directa, según la tabla de cancelación anticipada que se detalla a continuación:

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o prórroga hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	23%
Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	32%
Más de 35 hasta 65 días naturales	41%
Más de 65 hasta 95 días naturales	49%
Más de 95 hasta 125 días naturales	57%
Más de 125 hasta 155 días naturales	64%
Más de 155 hasta 185 días naturales	71%
Más de 185 hasta 215 días naturales	77%
Más de 215 hasta 245 días naturales	83%
Más de 245 hasta 275 días naturales	88%
Más de 275 hasta 305 días naturales	92%
Más de 305 hasta 335 días naturales	96%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

Dicha devolución será realizada en el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la terminación de la póliza, 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 esa persona asegurada en la póliza.

CLÁUSULA XXXVI. TERMINACIÓN DEL CONTRATO PARA CADA PERSONA ASEGURADA

La cobertura de cada persona asegurada 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 a la persona asegurada dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del período de gracia, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros;
3. el Tomador del Seguro solicite la exclusión de la persona asegurada;
4. por declaraciones falsas o inexactas de conformidad con el Artículo 91 de la Ley N°8956;
5. en caso de que la persona asegurada resida permanentemente fuera del país, excepto que se haya negociado con el Tomador;
6. si la persona asegurada incumple con lo establecido en la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo N°7786 y en su normativa complementaria.

Si existen primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Tomador del Seguro o la persona asegurada, 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 esa persona asegurada en la póliza.

SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS**CLÁUSULA XXXVII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CLASE DE SEGURO**

Este seguro podrá contratarse únicamente de forma Colectiva, de acuerdo con las siguientes características:

- a. Contributivo: los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- b. No contributivo: el Tomador del Seguro paga la totalidad de la prima.

El presente es un contrato colectivo de adhesión modalidad “Tipo”, conformado por un conjunto de cláusulas establecidas por el Instituto, las cuales permiten un margen de negociación con el Tomador.

CLÁUSULA XXXVIII. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser personas aseguradas bajo esta póliza aquellas que reúnen como mínimo los siguientes requisitos de elegibilidad:

- a. formen parte del grupo asegurable según se define en esta póliza;
- b. cumplan los requisitos que se establecen en las Condiciones Particulares;
- c. cumplan con las condiciones para ser una persona asegurada dependiente, en caso de que se negocie su inclusión.

CLÁUSULA XXXIX. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Las edades de contratación y cobertura, tanto de la persona asegurada como de sus dependientes se indican en las Condiciones Particulares. La persona asegurada deberá indicar en la solicitud de inclusión su fecha de nacimiento y la de sus dependientes. Cuando se detecte una fecha de nacimiento, género o parentesco diferente a los reales, el Instituto podrá realizar el ajuste de prima correspondiente. En caso de primas faltantes, el Tomador del seguro deberá pagarlas en el próximo pago de prima. Si procede una devolución de primas, esta se hará al Tomador del Seguro o la persona asegurada, según corresponda, en un plazo de diez (10) días hábiles.

Hijos nacidos en el seguro; es decir, producto de un embarazo cubierto por esta póliza, para ser incluidos en el seguro, se deberá presentar la Solicitud del Seguro dentro de los treinta (30) días naturales después de su nacimiento, a fin de que se proceda con el trámite de la inclusión en la póliza y se pague la prima correspondiente. En caso de no presentarse la solicitud durante este plazo, posteriormente se podrá solicitar la inclusión, para lo cual se deberá realizar el proceso de selección de riesgos que corresponda.

Para aquellos niños nacidos como producto de un parto cubierto por esta póliza como resultado de un tratamiento de infertilidad o esterilidad, o cuyo nacimiento no fue cubierto por la póliza, podrán ser elegibles a partir del día treinta y uno (31) de su nacimiento, para lo cual se deberá presentar la solicitud del seguro. El Instituto realizará el análisis del riesgo que corresponda.

En caso de niños nacidos como resultado de cualquier tratamiento de reproducción asistida, independientemente de la causa o razón para aplicarlo, el seguro podrá cubrir el parto según las condiciones establecidas en la cobertura de Maternidad de este contrato. Para el aseguramiento del menor, se deberá presentar la solicitud del seguro debidamente cumplimentada, así como la información actualizada hasta después del día 30 del nacimiento. Posteriormente, se podrá continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento y será factible incluir hasta el día treinta y uno (31) de su nacimiento.

CLÁUSULA XL. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Este seguro podrá ser suscrito en colones (costarricenses) o en dólares (estadounidenses), según sea elegido por el Tomador del Seguro al momento de la suscripción de la póliza.

Si la póliza es suscrita en colones, el Tomador del Seguro podrá pagar la prima en moneda nacional o bien en dólares (estadounidenses), para lo cual él aplicará el tipo de cambio de referencia para la compra que haya fijado el Banco Central de Costa Rica y que esté vigente el día de pago. Si se suscribe en dólares, el Tomador del Seguro podrá pagar la prima en dicha moneda o bien en colones (costarricenses) según el tipo de cambio de referencia para la venta, fijado por el Banco Central de Costa Rica, y que esté vigente el día de pago.

En caso de reclamos, los mismos serán reembolsados en la moneda en que se erogó el gasto.

CLÁUSULA XLI. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

El Instituto podrá reconocer un porcentaje por participación de beneficios a Clientes Estratégicos asegurados que tengan suscrita la modalidad colectiva **No Contributiva**, al finalizar cada año póliza, y en caso de que se generen utilidades en la administración de su póliza por experiencia siniestral favorable. Este porcentaje será negociado con el Tomador y se indicará en las Condiciones Particulares.

En caso de la modalidad colectiva **Contributiva**, se podrá negociar una comisión de cobro adicional a Clientes Estratégicos asegurados, al finalizar cada año póliza, y en caso de que se generen utilidades en la administración de su póliza por experiencia siniestral favorable. Este porcentaje estará indicado en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XLII. SUBROGACIÓN

La persona asegurada cederá al Instituto sus derechos frente a terceros respecto a la cuantía de la indemnización que reciba y responderá por todo acto que perjudique la referida cesión. En este sentido, la persona asegurada se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

CLÁUSULA XLIII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito la persona asegurada en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XLIV. TRASPASO O CESIÓN

El Instituto no reconocerá traspaso o cesión alguna que haga la persona asegurada sobre los beneficios del seguro a un tercero.

CLÁUSULA XLV. PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados de esta póliza prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

CLÁUSULA XLVI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si al emitirse el seguro, el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del Seguro podrá solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones.

En caso de que el Tomador del seguro no desee continuar con la póliza, el Instituto devolverá la proporción de la prima pagada no devengada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA XLVII. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

El Instituto emitirá un Certificado Individual de Seguro Individual para cada persona asegurada directa, en el cual se detalla la información de la póliza en la que fue incluido, así como la descripción de coberturas, montos y beneficios a los que tiene derecho y las limitaciones de la póliza. Estos documentos serán entregados al Tomador del Seguro, quien tendrá la obligación de trasladarlos a cada persona asegurada directa y demostrar al Instituto la recepción a satisfacción mediante el formulario Comprobante de Entrega de Documentos.

SECCIÓN L. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y la persona asegurada y las personas beneficiarias, así como los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta Póliza podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos, sin perjuicio de la Ley N° 7727, Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social (RAC), del 9 de diciembre de 1997, o en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

CLÁUSULA XLIX. LEGISLACIÓN APLICABLE

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

SECCIÓN M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES**CLÁUSULA L. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES**

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

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

CLÁUSULA LI. DOMICILIO CONTRACTUAL LA PERSONA ASEGURADA

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

SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO**CLÁUSULA LII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas 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 V7 del 01 de febrero del 2024.**