

**CONDICIONES PARTICULARES**

Lugar y fecha de emisión: San José, 23 de enero de 2024.	
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA</b>	
N° de póliza: 01 01 GFG 0000033 00	Vigencia: Desde: 01/01/2024      Hasta: 01/01/2025
<b>IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO</b>	
Nombre del Tomador de Seguro y/o Asegurado: COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA	
Cédula Jurídica o Número de identificación del Asegurado y/o Tomador: 3007045427	
Teléfono del Tomador y/o Asegurado: Central del Colegio 2202-3634	Correo Electrónico del Tomador y/o Asegurado: <a href="mailto:efranco@colabogados.cr">efranco@colabogados.cr</a> (directora ejecutiva actual – Licda. Ethel Franco Chacón)
Dirección del Tomador y/o Asegurado: San José, 100 metros oeste y 100 metros norte de la rotonda de las Garantías Sociales.	
Medio para recibir notificaciones:	Correo electrónico
<b>OBJETO DE INTERÉS</b>	
Coberturas indicadas en este documento.	
Suma Asegurada: ₡15.000.000 y a partir de los 70 años ₡5.000.000	
<b>PRIMA INDIVIDUAL</b>	
Prima: Según cuadro de primas por rango de edad y género.	Forma de pago: Semestral
Ámbito de Cobertura: Regional	
Moneda: Colones	
Tipo de Seguro: Colectivo	
Modalidad: Contributiva	

**MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN**

Para contactar al Instituto puede hacerlo por los siguientes medios:

- Dirección Oficinas Centrales, calle 9 y 9 Bis, Avenida 7. San José.
- Central telefónica del INS 2287-6000.
- Consultas sobre seguros: 800-835-3467 TeleINS.
- Correos: Consultas sobre seguros: [contactenos@grupoins-cr.com](mailto:contactenos@grupoins-cr.com)
- Sugerencias o quejas: [cservicios@grupoins-cr.com](mailto:cservicios@grupoins-cr.com)

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

**ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

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

**CONDICIONES PARTICULARES**
**TEMAS ADICIONALES**

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

**CONDICIONES QUE DEBE OBSERVAR PARA LA EFECTIVIDAD DEL SEGURO**

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

**I. ASEGURADOS DE LA PÓLIZA**

El grupo asegurable son los colegiados y sus familiares dependientes.

**II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

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

<b>REQUISITOS PARA COSTARRICENSES, RESIDENTES PERMANENTES Y TEMPORALES</b>	
<b>EDAD DEL SOLICITANTE</b>	<b>REQUISITOS</b>
Hasta los 55 años	Solicitud de seguro completa
De 56 a 70 años	Solicitud de seguro completa y batería de exámenes (*)
De 71 años en adelante	Solicitud de seguro completa y batería de exámenes (**)
(*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Examen médico, Uroanálisis, Perfil de Lípidos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.	
(**) Batería de exámenes mayores de 71 años inclusive: Examen médico, Uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT), Bilirrubina total (directa e indirecta), Creatinina, Perfil de Lípidos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).	
A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (examen médico, electrocardiograma de reposo, pruebas de laboratorio, cuestionario de alcoholismo, trastornos respiratorios, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, trastornos lumbares, etc.	
Los exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.	
<b>En el caso de Residentes Permanentes:</b> El solicitante debe presentar la copia de la cédula de residencia, sobre la cual el intermediario de seguros o funcionario de la Sede haga constar que tuvo a la vista el original del documento y da fe de este mediante su firma y nombre en este documento.	
<b>En el caso de Residentes Temporales:</b> En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente. Los residentes temporales deben demostrar su arraigo en el país, puede consultar con su intermediario de seguros dichos requisitos.	

## CONDICIONES PARTICULARES

**En el caso de Residentes Temporales en el Exterior:** Es asegurable solamente en pólizas colectivas no contributivas donde la empresa cuenta con empleados extranjeros trabajando también en el exterior.

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

**III. RESIDENCIA TEMPORAL**

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

Los recargos para aplicar son los siguientes:

**a. Póliza Familiar:**

Se aplicará un recargo de un 25% a la prima del grupo familiar, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina y el resto del mundo.  
En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

**b. Póliza Unipersonal:**

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

En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

También aplica recargo bajo los siguientes casos:

1. La persona asegurada forme parte de un grupo asegurado, en el cual dicha persona haya sido transferida a residir en el extranjero, siempre y cuando el número total de personas transferidas residiendo en el extranjero no represente más de un cinco por ciento (5%) del total de dicho grupo asegurado.
2. Sea un (a) Asegurado(a) dependiente que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios.
3. Sea el/la Asegurado(a) Directo(a) que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios o se encuentre realizando labores propias de su trabajo.

Si el Asegurado o Tomador del Seguro no informan al Instituto sobre su cambio de residencia temporal en el extranjero, la persona se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, 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.

## CONDICIONES PARTICULARES

## IV. CUADRO DE BENEFICIOS

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

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

<b>Beneficio Máximo Anual por Asegurado</b>	Anual Renovable	¢15.000.000
<b>Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años</b>	Anual Renovable	¢5.000.000
<b>Desembolso Máximo Anual</b>	En Costa Rica y Centroamérica ¢1.250.000	
<b>ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO Y COASEGURO CONTRATADO</b>		
<b>Modalidad</b>	Colectiva	
<b>Ámbito de Cobertura</b>	Regional	
<b>Deducible Anual por Persona</b>	¢200.000	
<b>Costos máximos por pagar por consulta ambulatoria</b>		
<b>Costa Rica</b>	Máximo por consulta General: ¢45.000	Máximo por consulta Especialista: ¢45.000
<b>Fuera de Costa Rica</b>	¢45.000	
<b>Copagos</b>		
<b>Deducible anual</b>		
<b>Gastos Ambulatorios</b>		
<b>Dentro de Red de Proveedores (pago directo o reembolso)</b>	<b>Fuera de Red de Proveedores (reembolso)</b>	<b>Medicamentos</b>
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	Atención Primaria, Red de Servicios Médicos del INS y Medicina Virtual: no acumula deducible anual
		Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual (incluyendo Red Preferente)
<b>Gastos Hospitalarios</b>		
<b>Dentro de Red de Proveedores (pago directo o reembolso)</b>	<b>Fuera de Red de Proveedores (reembolso)</b>	<b>Medicamentos</b>
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumulan para el deducible
<b>Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)</b>		
<b>Tarifa diaria máxima de cuarto normal fuera de red:</b> ¢ 200.000 en Costa Rica y Centroamérica / ¢ 500.000 en el Resto del Mundo		

**CONDICIONES PARTICULARES**

<b>Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red:</b> ₡ 400.00 en Costa Rica y Centroamérica / ₡ 750.000 en el Resto del Mundo			
<b>Coaseguro</b>			
<b>Gastos ambulatorios (excepto consultas ambulatorias)</b>			
<b>Dentro de Red de Proveedores (pago directo o reembolso)</b>		<b>Fuera de Red de Proveedores (reembolso)</b>	
<b>Costa Rica</b>		<b>Costa Rica y Centroamérica</b>	
0% coaseguro Atención Médica Primaria, Medicina Virtual y Red de Servicios de Salud del INS		30% coaseguro	
10% coaseguro Red Preferente			
<b>Costa Rica y Centroamérica</b>		<b>Costa Rica y Centroamérica</b>	
20% coaseguro		30% coaseguro	
		<b>Resto del mundo</b>	
		30% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica	
<b>Coberturas Básicas</b>	<b>Monto asegurado anual</b>	<b>Participación del asegurado</b>	<b>Período de carencia</b>
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	₡15.000.000. A partir de los 70 años ₡5.000.000	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias	₡7.500.000	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica	
Gastos por accidentes dentales	₡1.000.000	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica	
Gastos médicos por hospitalización y cirugía	₡15.000.000. A partir de los 70 años ₡5.000.000	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica	
Prótesis Quirúrgicas	Hasta ₡2.000.000 por año póliza	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.
<b>Parámetros de servicio</b>			

## CONDICIONES PARTICULARES

Gastos ambulatorios por accidente	Cubierto al 100% las primeras 24 horas de ocurrido el accidente. En este rubro no aplica período de carencia.
Laboratorio, rayos X, exámenes especiales	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anesthesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Visita médica intrahospitalaria de especialista	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria / Máximo cubierto ¢75.000 por médico
Visita médica intrahospitalaria de especialista en unidad de cuidados intensivos	Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria/Máximo cubierto ¢150.000 por médico

## Detalle de Coberturas

<u>Coberturas opcionales</u>	<u>Monto máximo</u>	<u>Período de carencia</u>
Maternidad (incluye gastos pre y post natales, parto normal o cesárea, parto múltiple y complicaciones)	Hasta ¢1.000.000	13 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> No aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Aparatos de apoyo	Hasta ¢1.500.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Terapias	Hasta ¢1.500.000 por año póliza	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Tratamientos de alergias	Hasta ¢1.500.000 Pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo ¢75.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta ¢2.000.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	

## CONDICIONES PARTICULARES

Deportes	Hasta ₡1.500.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Práctica competitiva de fútbol	Hasta ₡1.500.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	Hasta ₡1.000.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Transporte en ambulancia terrestre	Al 100% según anexo de coberturas	30 días según el padecimiento
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> No aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Transporte en ambulancia aérea	Hasta ₡1.500.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
	<b>Deducible:</b> Sí aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	

**Notas:**

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

**V. TIPO DE ASEGURAMIENTO**

Selección de riesgos individual, no cubre preexistencias.

**Continuidad:**

**Los asegurados que se encuentren en las pólizas de Gastos Médicos N° 01-01-GMM-26, 01-01-GMM-30, 01-01-GMM-32 y 01-01-GMM-306, al 31-12-2021, se aplicará lo siguiente:**

**a. Levantamiento de periodos de carencia**

- Para los asegurados incluidos antes del 01 de enero de 2022, se reconocerá el tiempo transcurrido para los períodos de carencia.
- **Asegurados con póliza de Gastos Médicos:** Las exclusiones contractuales se mantienen y los recargos individuales por subnormalidad.

### CONDICIONES PARTICULARES

- Las enfermedades amparadas en el contrato anterior se mantendrán cubiertas hasta los límites y condiciones del seguro anterior (se pagará bajo el monto asegurado anterior).
- Los diagnósticos cubiertos en el seguro anterior se mantendrán cubiertos en este seguro bajo los límites y condiciones del seguro anterior (se pagará bajo el monto asegurado anterior).
- Los diagnósticos cubiertos en el seguro anterior bajo una cobertura sublimitada, se mantendrán cubiertos en el nuevo seguro y se indemnizará con el monto menor.

### VI. PAGO DE PRIMAS

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

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

### VII. PERIODOS DE GRACIA

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

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

### VIII. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Asegurado Directo	A partir de los 18 años	Sin límite
Cónyuge o conviviente	A partir de los 18 años	Sin límite
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	25 años
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	25 años
Hijos, mayores de edad	Sólo si padecen una condición especial (de salud o mental) que justifique la dependencia económica y	Sin límite



## CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
	según se haya pactado con el Tomador del Seguro.	

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

## IX. PERIODOS DE CARENCIA

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

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

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

Asimismo, el Instituto brindará cobertura a los gastos médicos que se erogan por los padecimientos indicados, una vez superado el período de carencia, aún, cuando el diagnóstico se realice durante dicho período.

**CONDICIONES PARTICULARES****X. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS**

- **Cobertura de Gastos Médicos**

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá presentar al Instituto dentro del plazo establecido por ley de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, lo siguiente:

**1. Gastos Médicos:**

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- c) Comprobantes de pago en caso de que se requieran.
- d) Prescripciones y recetas médicas.
- e) Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- f) El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

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

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- e) Copia de la ficha odontológica completa.
- f) Radiografía posterior al tratamiento.

**XI. COMISIÓN DE COBRO**

Este porcentaje se brinda a aquellos contratos con los que se formalice un convenio de recaudación de primas, para los negocios contributivos.

Por concepto de comisión de cobro adicional el Instituto reconocerá un porcentaje del 1%.

**XII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A01-694 V5** del **22 de diciembre del 2021**.