

CONDICIONES PARTICULARES

Lugar y fecha de emisión: San José, 19 de junio de 2025.		
IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA		
N° de póliza madre: 02 01 GFG 0000873 02	Vigencia póliza madre	
	Desde 01/07/2025	Hasta 01/07/2026
IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO		
Nombre del Tomador de Seguro y/o Asegurado: COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA		
Cédula Jurídica o Número de identificación del Asegurado y/o Tomador: 3007045427		
Medio para recibir notificaciones: Correo electrónico		
PRIMA INDIVIDUAL		
Forma de pago: Semestral		
Ámbito de Cobertura: Internacional		
Moneda: Dólares		
Tipo de Seguro: Colectivo		
Modalidad: Contributiva		

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

Beneficio asegurado	Máximo por persona	Anual Renovable	\$2.000.000
Beneficio asegurado a partir de los 70 años	Máximo por persona	Anual Renovable	\$600.000

ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Como Tomador del seguro 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.grupoins.com

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:

CONDICIONES PARTICULARES
I. PERSONAS ASEGURADAS DE LA PÓLIZA

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

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

II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Se detallan los requisitos de asegurabilidad que deberán aportar las personas aseguradas que deseen ser incluidos en esta póliza:

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES, RESIDENTES PERMANENTES Y TEMPORALES	
EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
De 18 a 65 años	Solicitud de seguro completa
De 66 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.	
En el caso de Residentes Permanentes: El solicitante debe presentar la copia de la cédula de residencia, sobre la cual el intermediario de seguros o funcionario de la Sucursal haga constar que tuvo a la vista el original del documento y da fe de este mediante su firma y nombre en este documento.	
En el caso de Residentes Temporales: En la renovación del seguro, la persona asegurada 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.	
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.	

CONDICIONES PARTICULARES

III. MODALIDAD DE INDEMNIZACIÓN

Los gastos **dentro de la red de proveedores** pueden ser tramitados mediante la modalidad reembolso y/o pago directo.

Los gastos **fuera de red de proveedores** deberán ser tramitados únicamente mediante la modalidad de reembolso, con los costos de servicios médicos del INS.

Una vez elegido el proveedor médico de su preferencia, el asegurado puede preautorizar los servicios médicos que requiera mediante las plataformas disponibles del INS. Este proceso no implica un pago directo entre el Instituto y el proveedor médico. A partir de esta preautorización el cliente podrá decidir si tramita su indemnización por reembolso o por pago directo.

IV. RED DE PROVEEDORES

Para este período de vigencia se ha definido, como un beneficio, las siguientes redes de proveedores:

- Red de Servicios de Salud del INS.
- Red de Medicina Virtual [Medicina Virtual INS \(ins-cr.com\)](http://MedicinaVirtualINS(ins-cr.com))
- Red amplia.

El alcance de cobertura de cada red, y el listado de centros médicos y profesionales que la componen, se encuentran disponible en la página web del Instituto.

V. PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA ASEGURADA EN LOS GASTOS

En adición a lo indicado en la *Cláusula I. Definiciones* y *Cláusula XVI Participación de la persona asegurada en los gastos* de las Condiciones Generales se detalla:

La participación de la persona asegurada por concepto de deducible, copago y coaseguro se define según lo que se indica en cada cobertura. Posteriormente se aplicará lo correspondiente según se indica en la red de proveedores utilizada de este apartado.

Deducible anual: es un monto fijo que asume la persona asegurada. Aplica por Asegurado, por año póliza. En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.

Coaseguro: es un monto porcentual que asume la persona asegurada y que aplica para todos los gastos indemnizables.

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 a un 100%.

A continuación, se detalla la participación de la persona asegurada en los gastos indemnizables, según la red de proveedores utilizada:

CONDICIONES PARTICULARES

GASTOS DE TIPO AMBULATORIO		
Participación la persona asegurada	Dentro de Red de Proveedores	Fuera de Red de Proveedores
Deducible anual	\$10.000 No obstante, los medicamentos recibidos en la Red de Servicios de Salud del INS no acumulan deducible anual.	\$10.000
Coaseguro	0% en Red Medicina Virtual. 0% en Red de Servicios de Salud del INS. 10% en Red amplia de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica. 10% en Red amplia de Proveedores en el Resto del Mundo.	20% en Costa Rica y Centroamérica. 20% en el Resto del Mundo.

GASTOS DE TIPO HOSPITALARIO		
Participación la persona asegurada	Dentro de Red de Proveedores	Fuera de Red de Proveedores
Deducible anual	\$10.000	\$10.000
Coaseguro	0% en Costa Rica y Centroamérica. 20% en Resto del Mundo los primeros \$10.000. Superado los \$10.000 al 100%.	20% en Costa Rica y Centroamérica los primeros \$10.000. Superado los \$10.000 al 100%. 30% en Resto del Mundo los primeros \$10.000. Superado los \$10.000 al 100%.

VI. TARIFAS MÁXIMAS DE LOS PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS

Todos los gastos indemnizables dentro como fuera de la red de proveedores se pagarán de acuerdo con el costo de servicios médicos del INS, según el ámbito de cobertura contratado, y las definiciones indicadas en Condiciones Generales. No obstante, se detallan los procedimientos más comunes:

Costos máximos por consulta ambulatoria en Costa Rica	Máximo por consulta General: de acuerdo con el costo de servicios médicos del INS	Máximo por consulta Especialista: de acuerdo con el costo de servicios médicos del INS
Costos máximos por consulta ambulatoria fuera de Costa Rica	Costo de servicios médicos de acuerdo con el área geográfica	
Tarifa diaria cuarto normal	\$400 Costa Rica y Centroamérica y \$1.000 en el resto del mundo	

CONDICIONES PARTICULARES

Tarifa diaria cuarto UCI	\$800 Costa Rica y Centroamérica y \$1.500 resto del mundo
Laboratorio, rayos X, exámenes especiales	Costo de los servicios médicos del INS
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anestesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)	Costo de los servicios médicos del INS.
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios	Costo de los servicios médicos del INS
Visita médica intrahospitalaria de especialista	Una visita diaria / Máximo cubierto \$150 por médico
Visita médica intrahospitalaria de especialista en unidad de cuidados intensivos	Una visita diaria/Máximo cubierto \$300 por médico

VII. TIPO DE ASEGURAMIENTO SELECCIÓN DE RIESGOS

Independientemente de la cantidad de personas aseguradas se deberá realizar el proceso de Selección de Riesgos Individual, y el Instituto determinará las condiciones de aseguramiento de cada persona.

La persona asegurada deberá presentar los requisitos de asegurabilidad que se detallan en el apartado *"II. Requisitos de Asegurabilidad"* de estas condiciones particulares.

No se cubren los padecimientos preexistentes según el apartado *de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos* de estas condiciones particulares.

VIII. COBERTURAS

Este apartado sustituye lo indicado en la *Cláusula VII. Coberturas Básicas y Cláusula VIII Coberturas Opcionales* de las Condiciones Generales.

Los gastos cubiertos por esta póliza pueden ser hospitalarios y/o ambulatorios, y el beneficio máximo indemnizable se detalla en cada cobertura. Esta póliza cubrirá únicamente los costos por servicios médicos en cada una de las coberturas que el Tomador suscribió.

La suma asegurada de cada una de las coberturas no puede superar el total del beneficio máximo anual asegurado indicado en estas condiciones. Los sublímites indicados en las coberturas se deducen del monto asegurado del beneficio máximo anual, es decir, el monto total cubierto no podrá exceder el monto del beneficio máximo anual.

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

Para efecto de este seguro se entenderá como **tratamientos médicamente relacionados y necesarios**, a aquellos suministros médicos, tratamientos, servicios o procedimientos que el médico

CONDICIONES PARTICULARES

de la persona asegurada determina 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, Familiar o Proveedor.
- b. Los tratamientos prescritos no exceden los niveles de cuidado necesarios para la atención de la enfermedad.

Para hacer uso de cualquier cobertura se establecerá un período de espera, el cual se indicará en cada una de las coberturas, y en el apartado de *Período de Espera* de estas condiciones particulares.

Los períodos de espera que se indican en cada cobertura **aplican a partir de la fecha de inclusión de la persona asegurada en la póliza**. Durante este período de espera la persona asegurada no podrá hacer uso del seguro.

En las coberturas donde se indique que su modalidad de indemnización únicamente será reembolso, los gastos serán indemnizados con los costos de servicios médicos del INS.

Se detallan las coberturas del presente contrato a continuación:

1. Coberturas Básicas**• Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad**

Los servicios que se brindan al amparo a esta póliza serán sólo 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.

Quedando excluido cualquier tratamiento o servicio que reciba la persona asegurada en condición de paciente hospitalizado y debidamente registrado con asignación de cuarto y/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 la persona asegurada requiere una prótesis dental, ésta será cubierta únicamente si es reemplazo de piezas dentales naturales y que no corresponda a la primera dentición.
- e. Medicamentos.
- f. Alergias.

CONDICIONES PARTICULARES

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el monto indicado en el Beneficio Máximo por persona de estas condiciones particulares.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **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 y/o cama, sea por causa accidental o por enfermedad.

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 intensivo en caso de ser necesaria. 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 pre-autorización para pago directo o reembolso, según sea el caso.

En esta cobertura estarán amparadas las prótesis quirúrgicas según se detalla:

Se cubre el valor de las prótesis que se requieran para el procedimiento quirúrgico, producto de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, el cual debe estar debidamente prescrito por el médico tratante y preautorizado por el Instituto.

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 a reemplazar. No se cubren prótesis dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

CONDICIONES PARTICULARES

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el monto indicado en el Beneficio Máximo por persona de estas condiciones particulares.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado “Participación de la persona asegurada en los gastos”.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado “Participación de la persona asegurada en los gastos”.

2. Coberturas Opcionales

• Maternidad

Se cubren los gastos pre y post-natales, aborto y/o amenaza de aborto y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido. Para efectos de los gastos presentados bajo esta cobertura, se indemnizará conforme a lo estipulado en cada punto:

i. Parto normal: Gastos prenatales y postnatales o aborto. Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$3.500 anuales.

ii. Complicaciones durante el embarazo o el postparto. Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$1.500 anuales. Esta cobertura es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de Maternidad.

Se cubrirán como complicaciones de embarazo y postparto, aquellas que se enmarquen en las siguientes situaciones:

1. Amenaza de aborto.
2. Hiperémesis gravídica (achaque) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
3. Óbito fetal (muerte fetal).
4. Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas.
5. Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
6. Embarazo extrauterino (fuera del útero).
7. Eclampsia.
8. Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
9. Placenta previa.
10. Ruptura uterina.
11. Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
12. Diabetes inducida por el embarazo.
13. Ruptura prematura de membranas.
14. Amenaza de parto inmaduro.
15. Amenaza de parto prematuro.
16. Infección del líquido amniótico.
17. Oligoamnios.
18. Polihidramnios.

CONDICIONES PARTICULARES

19. Colestasis del embarazo.
20. Ictericia del embarazo.
21. Hemorragias del embarazo.
22. Anemia gestacional.
23. Anormalidades dinámicas del trabajo de parto.
24. Síndrome de Sheehan.
25. Hemorragia uterina postparto.
26. Desgarros de la vagina, la piel (periné), recto.
27. Infección de la vulva y/o vagina.
28. Endometritis (fiebre puerperal).
29. Infección de la herida (del piquete o de la cesárea).
30. Mastitis (inflamación de la mama).
31. Absceso mamario.
32. Tromboflebitis (inflamación de las venas).
33. Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
34. Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
35. Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
36. Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).
37. Complicación que amerite cirugía del feto

iii. Parto por Cesárea: Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal. Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$4.500 anuales.

En caso de que existan gastos gestionados por pago directo, cualquier reembolso que se presente queda sujeto a que la Compañía de Seguros realice previamente el pago al proveedor, y se indemnizará como máximo el saldo de cobertura que haya en el sublímite una vez realizado este pago.

Los gastos por concepto de maternidad se acumularán en primera instancia en el sublímite i. correspondiente a parto normal; no obstante, en caso de que se practique o se coordine una cesárea, se indemnizará la diferencia (en caso de existir) entre el monto asegurado correspondiente a este punto (iii) y el monto del punto i. (parto normal) para completar la suma definida en las Condiciones Particulares.

Período de espera: 10 meses.

Esta cobertura aplica para la persona asegurada directa y cónyuge o conviviente.

Deducible: no aplica.

Coaseguro: no aplica.

● **Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido**

Cubre los gastos médicos derivados de las enfermedades congénitas y/o 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

CONDICIONES PARTICULARES

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/o hereditarias del recién nacido.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$50.000 anuales. Por concepto de terapias hasta por: \$5.000

Período de espera: no aplica.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **Prematurez**

Esta cobertura atiende 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.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$100.000 anuales. Por concepto de terapias hasta por: \$10.000.

Período de espera: no aplica.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **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.

CONDICIONES PARTICULARES

- b) Serán cubiertos los costos por las pruebas de compatibilidad realizadas a la persona asegurada y al donador seleccionado.
- c) Sólo se cubren órganos humanos.
- d) Todo gasto deberá ser pre autorizado por el Instituto y coordinado por medio del Administrador de Servicios, 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.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$500.000. A partir de los 70 años: \$150.000.

Para esta cobertura se definirá un límite de monto asegurado renovable.

Período de espera: 24 meses.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **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.

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 a reemplazar, 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: \$10.000 anuales.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

CONDICIONES PARTICULARES**• Tratamiento de enfermedades mentales**

Se cubren los gastos médicos 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. No incluye incapacidad del aprendizaje, déficit atencional con o sin hiperactividad o problemas disciplinarios

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$1.000 anuales.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

• 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: \$15.000 anuales.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

• Actividades deportivas riesgosas

Están cubiertos los gastos médicos relacionados a los deportes que se detallan de seguido y que se practiquen en forma recreativa:

Rafting, uso de vehículos acuáticos con / sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca deportiva, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, motocross, bicross, cuadracilos, cuadracross, surfing, futbol americano, rugby, artes marciales mixtas, toro 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.

CONDICIONES PARTICULARES

Los deportes que no se detallan, se amparan por el beneficio máximo anual del contrato, siempre y cuando, no se practiquen en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

Esta cobertura no ampara la práctica competitiva de fútbol.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$10.000 anuales.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **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.

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

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$10.000 anuales.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **Transporte en ambulancia aérea**

Este servicio cubre el viaje de traslado del lugar donde se desarrolle la enfermedad u ocurre el accidente 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

CONDICIONES PARTICULARES

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 regular, 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: \$30.000 anuales.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

- **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 de esta cobertura se detalla en un anexo adicional.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$10.000 anuales por viaje.

Período de espera: no aplica.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: \$75 por viaje y por asegurado.

Coaseguro: no aplica.

- **Emergencias médicas durante viajes en el extranjero**

Los beneficios de esta cobertura serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o 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 Servicios Médicos, caso contrario, no será objeto de cobertura.

En esta cobertura se ampara:

- a. Evacuación y/o repatriación por razones médicas**

CONDICIONES PARTICULARES

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

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

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por el monto indicado en el Beneficio Máximo por persona de estas condiciones particulares.

b. Repatriación de restos mortales

En caso de que una persona asegurada fallezca a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el Instituto, por intermedio del Administrador de Servicios Médicos, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales. Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$5.000 anuales.

El proceso de evacuación, y/o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en factores médicos. Sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

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

Esta cobertura ampara los gastos de hospedaje y/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. Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: \$100 diarios máximo 10 días.

La siguiente información aplica para las tres coberturas anteriores.

Período de espera: 30 días naturales.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

Coaseguro: sí aplica, excepto lo indicado en el apartado *“Participación de la persona asegurada en los gastos”*.

• 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: según el paquete elegido de la Red de Proveedores.

CONDICIONES PARTICULARES

Es aplicable únicamente previa coordinación a través de la Red de Proveedores que el Instituto ha establecido para el beneficio de chequeo general, **caso contrario no será cubierto.**

Período de espera: 12 meses.

La cobertura será otorgada a todo el grupo asegurado.

Deducible: no aplica.

Coaseguro: no aplica.

- **Chequeo oftalmológico**

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

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por: según el paquete elegido de la Red de Proveedores.
Período de espera: 12 meses.

La cobertura será otorgada a todo el grupo asegurado.

Es aplicable únicamente previa coordinación a través de la Red de Proveedores que el Instituto ha establecido para el beneficio de chequeo oftalmológico, **caso contrario no será cubierto.**

Deducible: no aplica.

Coaseguro: no aplica.

- **Cobertura Odontológica de Emergencia:**

Esta cobertura, cubre la atención médica odontológica según se detalla en un anexo adicional. Esta cobertura operará siempre y cuando la persona asegurada se comunique con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura, caso contrario, no será cubierta.

Los gastos cubiertos serán pagados hasta por lo indicado en el Beneficio Máximo por persona de este contrato.

Período de espera: no aplica.

Esta cobertura aplica para todo el grupo asegurado.

Deducible: no aplica.

Coaseguro: no aplica.

- **Cobertura por fallecimiento**

- a) **Muerte**

CONDICIONES PARTICULARES

Este beneficio indemniza hasta la suma máxima de \$5.000 anual, por concepto de muerte, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones estipuladas en este contrato. No obstante, si la forma de pago de la prima no fuera anual, se deducirá del monto de esta cobertura 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 a lo establecido en la Cláusula Beneficiarios, del presente Contrato.

b) Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo de \$5.000 anual, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza.

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

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 de 12 meses, sin el pago de la prima, contados 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 por 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.

Para los puntos “a”, “b” y “c” aplica lo siguiente:

Período de espera: 30 días naturales.

Estas coberturas aplican para todo el grupo asegurado.

Deducible: no aplica.

Coaseguro: no aplica.

IX. RIESGOS EXCLUIDOS

Se sustituye lo indicado en la *Cláusula X Riesgos Excluidos* de las Condiciones Generales, por lo que se indica a continuación:

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

- 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 encuentre 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 la 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.**

X. GASTOS EXCLUIDOS

Se sustituye lo indicado en la *Cláusula XI Gastos Excluidos* de las Condiciones Generales, por lo que se indica a continuación:

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

En el caso de la cobertura de gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad y la cobertura de gastos médicos por hospitalización y cirugía se cubrirán 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 y/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 Enfermedades Congénitas y/o hereditarias del recién nacido.**
- 3. Chequeos médicos, excepto lo que se indique en Chequeo general, Chequeo oftalmológico.**

CONDICIONES PARTICULARES

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/o 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/o Fallecimiento.**
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 la cobertura de Tratamiento de enfermedades mentales.**
8. **Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos, por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluyendo 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/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, la farmacodependencia, así como sus efectos secundarios.**
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 de forma preventiva independientemente del uso que determine el médico.**
14. **Energizantes y/o suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.**
15. **Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastia se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.**
16. **Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.**
17. **Consultas y/o 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 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.

18. **Gastos por consultas y/o tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente.**

CONDICIONES PARTICULARES

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.

19. Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, 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.
20. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad independientemente del profesional que lo realice.
21. Consultas y/o tratamientos podiátricos (que sean para el cuidado de los pies) independientemente de que sea practicado por un médico.
22. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
23. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
24. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.
25. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionada con ello.
26. Implantación de embriones in vitro y transferencias de embrión; embarazos logrados por inseminación artificial. Embarazos logrados a base de terapia hormonal, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o 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/o las complicaciones asociadas con estos y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o pérdida de productos (abortos, fetos o recién nacidos).
27. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de 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).
30. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia 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.
31. Bienes o servicios recibidos por la persona asegurada que hayan sido pagados por otros seguros.

CONDICIONES PARTICULARES

32. No se cubrirá ningún tipo de gastos médicos realizados y/o pre escritos por la persona asegurada para sí mismo, relacionados con cirugías, procedimientos, exámenes, medicamentos, consultas o suministros, así como tratamientos de fisioterapia y/o rehabilitación.
33. No se cubrirá 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 auto prescripción 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/o cirugías y 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/o 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/o 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 Actividades deportivas riesgosas.

XI. 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	Período
Mensual	10 días hábiles
Trimestral	10 días hábiles
Semestral	10 días hábiles
Anual	20 días hábiles

XII. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Los familiares por incluir como dependientes de la persona asegurada deben mantener una dependencia económica con la persona asegurad directa.

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

CONDICIONES PARTICULARES

Persona asegurada	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Hijos mayores de 25 años	Sólo si padecen una condición especial (de salud o mental) que justifique la dependencia económica y según se haya pactado con el Tomador del Seguro.	Sin límite

XIII. PERIODO DE ESPERA

En adición a los períodos de espera indicados anteriormente en cada cobertura, se establecen los siguientes:

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

Durante estos períodos no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, órganos, enfermedades, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los diagnósticos indicados en el cuadro anterior. Una vez superado el período de espera, el Instituto realizará la valoración correspondiente, según se especifique en el alcance de las coberturas y el apartado de “Riesgos Excluidos” y “Gastos excluidos” de estas condiciones particulares.

Estos períodos de espera no aplican para los casos de accidentes o emergencia. **Excepto para los padecimientos y/o enfermedades indicadas en el cuadro anterior con la marca “*”.**

Estos períodos de espera aplican a partir de la inclusión de la persona asegurada en la póliza.

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

CONDICIONES PARTICULARES

XIV. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

Para este contrato no aplica la *Cláusula XLI Participación Beneficios* de las Condiciones Generales.

XV. 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**.

Firmado digitalmente por:

Ahmet Picado Carvajal - Subjefe de Departamento de Seguros

Gerald Godínez Maroto - Técnico en Seguros

Sucursal INS San José

Valide siempre la firma digital en Central Directo:

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