

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
CONDICIONES PARTICULARES**



| CONDICIONES PARTICULARES SEGURO COLECTIVO GASTOS MEDICOS FLEXIBLE DEL INS | | | |
|--|---|--|--|
| Lugar y fecha de emisión | San José, Costa Rica, 01 de enero 2023 | N° de póliza | 01-01-ING-000050 |
| Nombre del Tomador del Seguro | Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica (en adelante el colegio) Ced. Jurídica No. 3 -007-045427-11 | | |
| Correo | efranco@colabogados.cr (Directora Ejecutiva actual – Licda. Ethel Franco Chacón) | | |
| Teléfono | Central del Colegio 2202-3634, Directo Doña Ethel: 2202-3711 | Vigencia: Desde 01-01-2023 Hasta 31-12-2023 | |
| Asegurados: | Colegiados/as y empleados/as, según se detalla en la Clausula I. de este documento | | |
| Monto asegurado por persona por año | ¢ 1.250.000,00 (un millón doscientos cincuenta mil colones) | | |
| Prima | ¢ 3.497,00 (tres mil cuatrocientos noventa y siete colones) + 2 % IVA | Ámbito de cobertura | Todo el mundo. Los gastos incurridos serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos de la Región (Costa Rica y Panamá) |
| Modalidad indemnización | Únicamente por reembolso | Agentes de Seguro | Dr. Hugo Quesada Monge No.764 (Lic. SUGESE No.08-1519) Ing. Ana Erika Oses Castillo No.001 (Lic. SUGESE No.08-1487) Licda. Eriant Quesada Oses No.224 (Lic. SUGESE No.13-2578) Licda. Ana Evyn Quesada Oses No.332 (Lic. SUGESE No.15-2928) |
| Forma de pago | Mensual | Moneda | Modalidad |
| | | Colones | No contributiva |
| Medio para recibir notificaciones: Correo electrónico indicado. | | | |

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

Para contactar al Instituto puede hacerlo por los siguientes medios:

- Dirección Oficinas Centrales, calle 9 y 9 Bis, Avenida 7. San José.
- Central telefónica del INS 2287-6000.
- Consultas sobre seguros: 800-835-3467 TeleINS.

Correos: Consultas sobre seguros: contactenos@ins-cr.com,
Sugerencias o quejas: cservicios@ins-cr.com

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

ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

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

I. ASEGURADOS EN LA PÓLIZA

Para efectos de este seguro, se entenderá por Asegurado a toda persona afiliado/a (colegiado/a) al Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica (en adelante el Colegio) y sus empleados regulares fijos o temporales, reportados por el Colegio al Instituto Nacional de Seguros, en adelante el INS.

II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De conformidad con lo acordado con el Tomador del Seguro, no se aplicará ningún requisito de asegurabilidad, excepto la Solicitud de enrolamiento (formulario abreviado).

Este formulario aplica tanto para los asegurados incluidos antes del 01-02-2020 (asegurados en la póliza anterior 01-01-ING-39) como para los nuevos asegurados, con la finalidad de cumplir con las regulaciones vigentes. Para el cumplimiento de esta indicación se dará un período de enrolamiento con el propósito de que el Colegio realice las gestiones internas para la inclusión de este formulario en su operativa.

Plazo de inscripción de asegurados: se debe solicitar su inscripción al Seguro dentro de los treinta días naturales (30), desde el momento que adquiere la condición de miembro del grupo o colegiado. En todo caso, el Colegio se obliga a incluir, registrar o inscribir a los nuevos afiliados/as, a más tardar en la panilla de pago de la póliza del mes siguiente al mes de incorporación. Por tanto, los beneficios de la póliza cubrirían a los nuevos afiliados/a o reingresados, a partir del día primero del mes siguiente al mes de incorporación.

SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Este contrato no contempla ningún requisito por edad, para ingresar al seguro. En tanto sea reportado por el Tomador. Igualmente, el agremiado estará cubierto, sin importar la edad en tanto sea reportado y pagada la prima mensual del seguro por parte del Colegio.

III. CUADRO DE BENEFICIOS

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

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

| | | |
|--|--|-------------|
| Beneficio Máximo Anual por Asegurado | *Anual Renovable | ¢ 1.250.000 |
| Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años | *Anual Renovable | ¢ 1.250.000 |
| *Reinstalación del Beneficio Máximo Anual | <p>* Primer año póliza del diagnóstico o evento: Cada año la suma asegurada se reinstala en un 100 % únicamente para enfermedades o eventos nuevos (de primera vez). Segundo año póliza del diagnóstico o evento: Para las enfermedades o eventos de un mismo diagnóstico (sean crónicos o no) que ya han sido cubiertos en el año póliza anterior inmediato, se seguirán cubriendo hasta por el segundo año (por un máximo de un año póliza consecutivo), con un tope anual de un 50% del Beneficio máximo anual de suma asegurada (la que hubiere estado vigente en el primer año póliza en que se cubrió la enfermedad o evento médico). Esta disminución aplica únicamente para el Beneficio Máximo Anual, no aplica para las coberturas sublimitadas (que tenga un tope máximo definido). Tercer año póliza y siguientes del diagnóstico o evento: A partir del tercer año póliza, los eventos y/o diagnósticos previamente presentados, no serán objeto de cobertura.</p> | |
| ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO | | |
| Modalidad | Colectiva | |
| Modalidad indemnización | Únicamente por reembolso | |
| Ámbito de Cobertura | Todo el mundo. Los gastos incurridos serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos de la Región (Costa Rica y Panamá) | |
| Deducible Anual por Persona por año | ¢100.000 (una vez superado este deducible se podrá hacer uso de la póliza y asumiendo los coaseguros abajo indicados) | |

**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
CONDICIONES PARTICULARES**

| Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| Costa Rica | Máximo por consulta General: ₡25.000 | Máximo por consulta Especialista: ₡25.000 | |
| Fuera de Costa Rica | Máximo por consulta General: ₡25.000 | Máximo por consulta Especialista: ₡25.000 | |
| Deducible anual | | | |
| Gastos Ambulatorios | | | |
| Dentro de Red de Proveedores del INS | Fuera de Red de Proveedores | Medicamentos | |
| Debe acumular deducible anual | Debe acumular deducible anual | Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual | |
| Gastos Hospitalarios | | | |
| Dentro de Red de Proveedores del INS | Fuera de Red de Proveedores | Medicamentos | |
| Debe acumular deducible anual | Debe acumular deducible anual | Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual | |
| Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos) | | | |
| Tarifa diaria máxima de cuarto en el Resto del Mundo: ₡ 500.000 en Cuarto Normal / ₡ 750.000 en Cuidados intensivos | | | |
| Tarifa diaria máxima de cuarto en Costa Rica (dentro o fuera de la Red): ₡ 200.000 en Cuarto Normal / ₡ 400.000 en Cuidados intensivos | | | |
| Coaseguro | | | |
| Gastos ambulatorios | | | |
| Dentro de Red de Proveedores (reembolso) | Fuera de la Red de Proveedores (reembolso) | | |
| Costa Rica | Costa Rica | | |
| 20% coaseguro | 25% coaseguro | | |
| | Resto del mundo | | |
| | 35% coaseguro con los costos de servicios médicos de INS. | | |
| Gastos hospitalarios | | | |
| Dentro de la Red de Proveedores (reembolso) | Fuera de la Red de Proveedores (reembolso) | | |
| Costa Rica | Costa Rica | | |
| 20% coaseguro | 25% coaseguro | | |
| | Resto del mundo | | |
| | 35% coaseguro con los costos de servicios médicos del INS. | | |
| Coberturas Básicas | Monto asegurado anual | Coaseguro | Período de carencia |
| Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad | ₡1.250.000 | Coaseguro, según lo | Se determina en 30 días naturales en |



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

| | | | |
|--|------------|--|--|
| | | indicado en el esquema contratado. | Costa Rica y Centroamérica y 60 días naturales fuera de la región. La carencia rige a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza; es decir, no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia (Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes, enfermedades amparadas en el seguro 01-01-ING-39, su última vigencia: 01/02/2019 al 31/01/2020 y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia). |
| Gastos médicos por hospitalización y cirugía | ¢1.250.000 | Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado. | |

Coberturas Sujetas a Sublímite (con tope máximo definido)
(Cubiertas después de asumir el deducible; el coaseguro se aplica según lo negociado)

| <u>Coberturas sublimitadas</u> | <u>Monto máximo</u> | <u>Período de carencia</u> |
|--|--|--|
| Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias y/o por cirugía. | Hasta ¢ 200.000 por año póliza | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Maternidad (sólo parto normal o cesárea, parto múltiple, embarazo ectópico y/o aborto natural). No incluye los gastos pre y post natales. Incluye Complicaciones del Embarazo (según se indica en anexo de coberturas) | ¢ 300.000 por evento y según lo indicado en la Cláusula de Reinstalación del Beneficio Máximo Anual. | 13 meses |
| Gastos por accidentes dentales | Hasta ¢ 125.000 por año póliza | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

| | | |
|--|---|--|
| Aparatos de apoyo | Hasta ¢ 125.000 por año póliza | 30 días y según el padecimiento |
| Prótesis Quirúrgicas | Hasta ¢125.000 por año póliza | 30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región. |
| Tratamiento de enfermedades mentales (se aclara que incluye las terapias psiquiátricas) | Hasta ¢ 200.000 | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Tratamientos de alergias | Hasta el monto beneficio máximo anual contratado | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| | Pruebas diagnósticas: Hasta ¢75.000 | |
| Transporte en ambulancia terrestre, aérea y marítima | Hasta ¢ 100.000 por año póliza | 30 días y según el padecimiento |
| Deportes | Hasta ¢ 250.000 | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Práctica recreativa de buceo | Hasta el monto beneficio máximo anual contratado | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Práctica recreativa de fútbol | Hasta ¢ 250.000 | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Terapias | Hasta ¢ 500.000 | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Enfermedades epidémicas o pandémicas | Hasta ¢ 500.000 | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región |
| Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado) | A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo | No aplica período de carencia. |

Notas:

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión o reinclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas sublimitadas se deducen (son parte implícita) del Beneficio Máximo Anual por Asegurado, es decir, el monto máximo a cubrir por año póliza por persona no podrá exceder el monto del Beneficio Máximo Anual por Asegurado.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

3. Para los asegurados incluidos en la póliza anterior N°01-01-ING-39 antes del 31 de enero 2020 inclusive, se les reconocerá el tiempo de antigüedad transcurrido en dicha póliza para los períodos de carencia señalados en estas condiciones particulares.
4. Se aclara que cuando la enfermedad se manifiesta simultáneamente en ambos ojos, se tomará como una misma etiología. Cuando la enfermedad se manifiesta en un solo ojo, y después de un año o más en el otro, se tomará como etiologías distintas.

IV. BENEFICIO DE CONTINUIDAD Y ANTIGÜEDAD.

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

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

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

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

V. PRIMA DEL SEGURO

La prima o costo del seguro del presente contrato será de ₡ 3.497,00 (tres mil cuatrocientos noventa y siete colones) por mes por persona por el monto asegurado de ₡ 1.250.000,00 (un millón doscientos cincuenta mil colones). A este monto debe sumarse el 2% (dos por ciento) de impuesto al valor agregado IVA, según Ley N° 9635, Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, según artículo 11, inciso 2. En la prima indicada se incluye el recargo por pago fraccionado mensual.

La prima o costo del seguro denominado Beneficio Familiar o inclusión del NÚCLEO FAMILIAR por un monto asegurado igual al del titular (abogado o abogada) del seguro, sea la suma de ₡ 1.250.000,00 (un millón doscientos cincuenta mil colones), será de ₡ 20.931,00 por mes por grupo familiar. De igual forma podrá pagarse de forma anual adelantada, en cuyo caso la suma es de ₡251.172,00 (doscientos cincuenta y un mil ciento setenta y dos colones). A estos montos debe sumarse el 2 % (dos por ciento) de impuesto al valor agregado IVA, según Ley N° 9635, Ley de



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, según artículo 11, inciso 2. En la prima indicada mensual se incluye el recargo por pago fraccionado del 7%.

El Beneficio Familiar o Inclusión del Núcleo Familiar, sólo lo podrán contratar aquellos agremiados/as que ya lo tenían suscrito en la póliza anterior ING-039, vigente hasta el 31 de enero 2020.

VI. PERIODOS DE GRACIA

Se sustituye la Cláusula XX Período de Gracia de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla:

Para el pago de la prima mensual se concede al Colegio o Tomador del Seguro, un Período de Garantía de Pago de treinta (30) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago. Si durante este Período de Garantía de Pago llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del Seguro de las primas pendientes. El Instituto queda relevado de toda responsabilidad u obligación por siniestros ocurridos después de su vencimiento.

Se concede al Asegurado un Período de Garantía de Pago de **seis meses**, contados a partir de la fecha del último pago. Transcurrido el plazo, el seguro caducará, relevando al Instituto de toda responsabilidad ante la ocurrencia de un siniestro.

El Colegio se compromete a cancelar las primas vencidas de aquellos colegiados que están morosos, en el tanto que éstos paguen sus cuotas al Colegio. Sin embargo, cuando un colegiado se atrase en el pago de seis cuotas, será excluido de la póliza.

El Colegiado puede reingresar o reincorporarse a la póliza en cualquier momento. El Instituto podrá solicitar pruebas de salud en tales casos.

Si el Contratante no realizase el pago de la prima correspondiente dentro del período de gracia respectivo, a la renovación (de acuerdo con su forma de pago), esta póliza quedará nula y sin valor alguno.

VII. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

La edad de contratación para el Colegiado será a partir de los 18 años y la cobertura será sin límite de edad

La inclusión de asegurados dependientes se mantiene exclusivamente para las personas que tengan suscrito el seguro antes del 01 de febrero de 2020.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

VIII. PERÍODOS DE CARENCIA (ESPERA)

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos de carencia (o espera), donde a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los diagnósticos indicados en el cuadro adjunto.

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

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

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

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

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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

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

IX. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS

- **Cobertura de Gastos Médicos**

El asegurado deberá presentar al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, lo siguiente:

1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales (en formato físico o electrónicas impresas) debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c) Otros comprobantes de pago en caso de que se requieran.
- d) Prescripciones y recetas médicas de medicamentos, exámenes, terapias y otros
- e) Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- f) El Asegurado debe firmar el formulario "Autorización para consulta de expediente" cuando el Instituto lo considere necesario.

2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente

Además de los indicados anteriormente, se deberá presentar:

- g) Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- h) Copia de la ficha odontológica completa.
- i) Radiografía posterior al tratamiento. Radiografía posterior al tratamiento, de considerarlo necesario el Instituto.

X. CONDICIONES ESPECIALES QUE APLICAN PARA ESTE SEGURO

En relación con lo establecido en las Condiciones Generales y/o Anexos, para el correcto uso del seguro, se aclara lo siguiente:

- "Se sustituye la Definición 34, Cláusula I, de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla":

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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

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

- Se sustituye la Cláusula I Definiciones 29 de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla":

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

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

- Aplicar la definición de Costo de servicios médicos de acuerdo con el texto que a continuación se detalla:

Costo de servicios médicos: Es el cargo u honorario hecho por un proveedor afiliado de servicios médicos que cobra a personas que presenten enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares. Este costo determinará el monto máximo a indemnizar por un servicio u honorario médico. Los gastos incurridos dentro o fuera de Costa Rica se indemnizarán según los costos de servicios médicos del INS.

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

Deducible anual: Suma fija por persona y por año que debe asumir el Asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos indemnizables y objeto de reembolso por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Se detalla en Condiciones Particulares.

- Para el adecuado uso del presente contrato, se incluye la siguiente definición:

Gastos incurridos: Son los costos de servicios médicos generados por el Asegurado para la atención de accidente, emergencia o enfermedad en una fecha claramente determinada y de los cuales existe documentación fehaciente.

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Gastos Indemnizables: Son los costos de servicios médicos cubiertos bajo esta póliza, los cuales están sujetos a la aplicación del deducible y/o coaseguro.

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

Ámbito de Cobertura

Resto del mundo: El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos, de los gastos indemnizables del Asegurado en Centroamérica y Panamá; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza. No obstante, el Asegurado podrá hacer uso del seguro fuera de la Costa Rica y Centroamérica, y el Instituto cubrirá los gastos según los costos de servicios médicos del INS.

- Aplicar la Cláusula Participación del Asegurado en los Gastos de acuerdo con el texto que a continuación se detalla:

Participación del Asegurado

(...)

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo de servicios médicos de los gastos indemnizables, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por el Tomador, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

Una vez que el Asegurado alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos indemnizables por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo de servicios médicos y contemplando los coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada. Este reembolso aplicará únicamente en exceso del deducible anual escogido.

- Aplicar la Cláusula Utilización del Seguro de acuerdo con el texto que a continuación se detalla:

Utilización del Seguro

(...)

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

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

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

(...)

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo con el costo de servicios médicos del INS. Se podrá utilizar la póliza fuera de Costa Rica pero los gastos se indemnizarán según el costo de servicios médicos del INS.

XI. UTILIZACION DEL SEGURO

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

XII. BENEFICIO DE COMISIÓN POR RECAUDACIÓN

Esta póliza reconocerá al Contratante una comisión de cobro del 3% (tres por ciento) sobre el total de las primas ordinarias pagadas al Instituto mensualmente. Se entenderán como primas ordinarias, las relativas al costo del seguro.

Las anteriores comisiones serán reconocidas únicamente en los casos en que el Contratante realice el cobro y recaudación de las primas, así como su depósito al Instituto.

XIII. MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Se sustituye la Cláusula XXX Modificación y Renovación de la Póliza de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla:

El Instituto, deberá remitir al contratante a más tardar el 30 de noviembre de cada año, las condiciones particulares de renovación del presente contrato, incluyendo las variaciones tarifarias respectivas. Para ello tomará como referencia, el comportamiento siniestral registrado al 31 de octubre de cada año. De no enviar comunicación al Colegio al 30 de noviembre, se entenderá que no habrá cambios en la renovación siguiente y se mantienen las que estén vigentes.

Por otro lado, se solicita al Colegio responder al Instituto la aceptación o no de dichas condiciones particulares de renovación, preferiblemente antes del 31 de diciembre de cada año.

Las partes tendrán entre el 01 y 31 de diciembre de cada año para discutir la propuesta de renovación del Instituto y la contrapropuesta del Colegio de ser el caso.

El Instituto podrá introducir modificaciones a las condiciones de la póliza aplicables a partir de la renovación de esta, así como cambiar las primas de esta en cada fecha de renovación anual o en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que dichas primas hayan estado vigentes por doce (12) meses y siempre que se notifique el cambio con treinta (30) días naturales de anticipación.

La prima estará determinada de acuerdo con los siguientes factores:

- i. La tarifa vigente según la modalidad y esquema de producto escogido
- j. La edad y género del asegurado



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

- k. Las coberturas suscritas
- l. Número de asegurados
- m. Número de familiares dependientes asegurados
- n. Experiencia siniestral del grupo asegurado
- o. Inflación de los servicios de salud
- p. Recargos o descuentos que se determinen en el proceso de selección de riesgos

Cuando se trate de modificaciones generales para todas las pólizas, los mismos estarán técnicamente sustentados ante el órgano supervisor.

El Tomador del Seguro podrá solicitar cambios en la póliza, previo aviso por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de renovación anual y sujeto a las pruebas de asegurabilidad cuando se requieran. El Instituto cuenta con treinta (30) días naturales contados desde la solicitud de modificaciones que plantea el Tomador del Seguro, para analizarla y si considera que la misma procede, la incluirá a la póliza por medio de un addendum; de lo contrario en el mismo plazo el Instituto comunicará por escrito al Tomador del Seguro sobre el rechazo de la solicitud.

En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima el Tomador del Seguro deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que cubrirá únicamente gastos acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la póliza.

XIV RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Se sustituye la Cláusula XLI Rectificación de la Póliza de las Condiciones Generales, por lo que a continuación se detalla:

Las presentes Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales de este contrato.

En virtud del proceso de cambio y migración del contrato anterior 01-01-ING-39 al presente nuevo contrato 01-01-ING-50; el Instituto le brinda al Colegio un plazo de 30 días naturales, contados a partir de la fecha efectiva de entrega del presente documento, para realizar observaciones o solicitar modificaciones al clausulado estipulado en estas Condiciones Particulares. Igualmente, las partes podrán pactar razonablemente y de mutuo acuerdo, modificaciones, variaciones, ajustes o cambios de las presentes Condiciones Particulares en cualquier momento de la vigencia de este contrato.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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

El Colegio en coordinación con los Intermediarios a cargo de este contrato, ha dispuesto los documentos oficiales dados por el Instituto en su página web [www.abogados.or.cr /Sección Servicios/Régimen de Seguridad Social](http://www.abogados.or.cr/Sección%20Servicios/Régimen%20de%20Seguridad%20Social), un espacio donde se mantiene actualizada toda la información sobre el Régimen de Seguridad Social. Por lo anterior, los agremiados encontrarán toda la información necesaria en la web del Colegio indicada. En su defecto podrán comunicarse con nuestros intermediarios a cargo de este contrato a los teléfonos 2280-7775, 2234-6202, 2202-3635 o al correo insabogados@abogados.or.cr en el horario de lunes a viernes de 8 am a 5 pm; Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento del Colegio.

XVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A01-694 V4** de fecha **18 de mayo 2021**.

Firmado digitalmente: Pamela Molina Ulloa
Subdirectora Ejecutiva
Sede INS San José

Valide siempre la firma digital en Central Directo:

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

Revisado por: Gerald Godínez Maroto.