

CONDICIONES PARTICULARES

Lugar y fecha de emisión: San José, 22 de diciembre de 2022.	
IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	
N° de póliza: 01 01 ING 0000076 01	Vigencia: Desde: 01/01/2023 Hasta: 01/01/2024
IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO	
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: efranco@colabogados.cr (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
OBJETO DE INTERÉS	
Coberturas indicadas en este documento.	
Suma Asegurada: ₡15.000.000 y a partir de los 70 años ₡5.000.000	
PRIMA INDIVIDUAL	
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
- Sugerencias o quejas: 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.

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.

REQUISITOS GENERALES

- i. Solicitud debidamente cumplimentada por el cliente y dependiente mayor de edad.
- ii. Completar la boleta de "Autorización para consulta de expediente".
- iii. El Tomador del seguro debe cumplir con los requisitos establecidos en el "Manual para la aplicación de la política Conozca a su Cliente".
- iv. A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).
- v. Carta del asegurado autorizando al intermediario a trasegar información confidencial de su persona, con el Instituto, en caso de requerirse.

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES

Independientemente de la modalidad de aseguramiento (colectivo o individual)

EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 55 años	Solicitud de seguro
De 56 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro 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 70 años: Examen médico, uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Enzimas hepáticas

CONDICIONES PARTICULARES
REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES

(ALT, AST, GGT), Bilirrubina total (directa e indirecta), Creatinina, Perfil de lípidos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).

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 Sede haga constar que tuvo a la vista el original del documento y da fe del mismo mediante su firma y nombre en este documento.

REQUISITOS PARA RESIDENTES TEMPORALES

- a. Deben presentar fotocopia de la cédula de residencia emitida por la Dirección General de Migración y Extranjería o DIMEX. Sin este documento no se autoriza el seguro.
- b. Además, deben demostrar su condición mediante:
 - i. Trabajador en Costa Rica: Debe aportar carta del patrono donde indique el período del contrato.
 - ii. Si el solicitante es su propio patrono, debe demostrar otro tipo de arraigo de los aquí señalados.
 - iii. Estudiante en Costa Rica: debe presentar carta del Centro Educativo donde se compruebe el período de matrícula, que conste que es estudiante regular y el plan de estudios que seguirá.
 - iv. Arraigo en Costa Rica: debe presentar una certificación de la CCSS que indique desde cuándo la persona está cotizando para esa entidad. Se aceptará como mínimo dos años de cotizaciones.
 - v. Que sea cónyuge o conviviente de un costarricense residente, (según lo definen los arts. 73 y 73 bis de la Ley de Migración y Extranjería), ambos con más de tres años de vivir en Costa Rica.
 - vi. Residentes temporales con póliza Gastos Médicos del INS:
 - Mínimo 1 año de contar con el seguro.
 - Siniestralidad promedio en los últimos tres años menor al 50%. Si la siniestralidad es igual o mayor al 50% no se le ofrece el seguro de INS Medical. (De este estudio siniestral se excluirán los embarazos, casos agudos y chequeos).

RESIDENTES TEMPORALES

EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 49 años	Solicitud de seguro
De 50 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro 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 70 años: 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).

CONDICIONES PARTICULARES

Nota: A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).

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.

Nota: En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente.

Residente en el Exterior:

Colectivo: 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.

CONDICIONES PARTICULARES

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.

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.

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	Anual Renovable	¢ 15.000.000
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	Anual Renovable	¢ 5.000.000
Desembolso Máximo Anual (Stop loss)	¢ 1.250.000	
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Ámbito de Cobertura	Regional	
Deducible Anual por Persona	¢ 150.000	
Costos máximos por pagar por consulta ambulatoria		
Costa Rica	Máximo por consulta General: ¢45.000	Máximo por consulta Especialista: ¢45.000
Fuera de Costa Rica	¢45.000	
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos
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)
Gastos Hospitalarios		

CONDICIONES PARTICULARES

Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos	
No aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumulan para el deducible	
Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)			
Tarifa diaria máxima de cuarto normal fuera de red: ₡ 200.000 en Costa Rica y Centroamérica / ₡ 500.000 en el Resto del Mundo			
Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red: ₡ 400.00 en Costa Rica y Centroamérica / ₡ 750.000 en el Resto del Mundo			
Coaseguro			
Gastos ambulatorios (excepto consultas ambulatorias)			
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)		
Costa Rica	Costa Rica y Centroamérica		
0% coaseguro Atención Médica Primaria	30% coaseguro		
10% coaseguro Red Preferente	Sin preautorizar: 40% coaseguro		
Costa Rica y Centroamérica	Costa Rica y Centroamérica (Reembolso)		
20% coaseguro	Preautorizado: 30% coaseguro		
	Sin preautorizar: 40% coaseguro		
Resto del mundo	Resto del mundo		
20% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica	30% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica		
Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%.			
Servicio de medicina virtual incluido, ver Anexo de Utilización del Seguro.			
Gastos hospitalarios			
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)		
Costa Rica y Centroamérica	Costa Rica y Centroamérica		
20% coaseguro	Preautorizado: 30% coaseguro		
	Sin preautorización: 40% coaseguro		
	Resto del mundo		
	30% coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica		
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	₡ 15.000.000 A partir de los 70 años ₡5.000.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	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
Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento	₡ 7.500.000		

CONDICIONES PARTICULARES

en consultorio o sala de urgencias			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.
Gastos por accidentes dentales.	¢ 1.000.000		
Gastos médicos por hospitalización y cirugía	¢ 15.000.000 A partir de los 70 años ¢5.000.000	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	
Prótesis Quirúrgicas	¢ 2.000.000 por año póliza	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.

Parámetros de servicio

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 anestesiólogo (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 \$150 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 \$300 por médico

Detalle de Coberturas Sublimitadas

<u>Coberturas sublimitadas</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) *	¢ 1.000.000	13 meses

***A estas coberturas no se les aplica deducible anual ni coaseguro**

Coberturas Sujetas a Sublímite

(Cubiertas después de asumir el deducible, el coaseguro se aplica según lo negociado)

CONDICIONES PARTICULARES

Coberturas sublimitadas	Monto máximo	Período de carencia
Aparatos de apoyo	¢ 1.500.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Tratamientos de alergias	Hasta ¢ 1.500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
	pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo ¢75.000	
Transporte en ambulancia terrestre	Al 100% según contrato	30 días mínimo y según el padecimiento
Transporte en ambulancia aérea	Hasta ¢ 1.500.000 por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
Deportes	Hasta ¢ 1.500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica competitiva de fútbol	Hasta ¢ 1.500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	Hasta ¢ 1.000.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta ¢ 2.000.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región

Notas:

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas sublimitadas 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. 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

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.

b. Preexistencias

- **Asegurados actuales:** Las exclusiones contractuales se mantienen y los recargos individuales por subnormalidad. Se establece un período de carencia de 12 meses a partir de la inclusión del beneficio en el contrato.

CONDICIONES PARTICULARES

- Las enfermedades amparadas en el contrato anterior se mantendrán cubiertas hasta los límites y condiciones del seguro anterior.
- Los diagnósticos cubiertos en el seguro anterior se mantendrán cubiertos en este seguro bajo los límites y condiciones del seguro 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 ya sea del sublímite o de la cobertura de preexistencia.

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 según se haya pactado con el Tomador del Seguro.	Sin límite

CONDICIONES PARTICULARES

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

IX. PERIODOS DE CARENIA

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
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	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 eroguen 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 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 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 2022**.

Firmado digitalmente por: 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