



Condiciones Generales

TABLA DE CONTENIDO

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
SECCIÓN A. DEFINICIONES	4
CLÁUSULA I. DEFINICIONES	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	13
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	13
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA	13
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA.....	13
CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL.....	14
CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS.....	14
CLÁUSULA VI. RIESGOS CUBIERTOS	14
CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA	15
CLÁUSULA VIII. EXCLUSIONES	15
SECCIÓN D. BENEFICIARIOS	15
CLÁUSULA IX. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
CLÁUSULA X. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS	15
CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO	16
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, ASEGURADO O BENEFICIARIO	16
CLÁUSULA XII. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LOS GASTOS	16
CLÁUSULA XIII. RESIDENCIA TEMPORAL	17
CLÁUSULA XIV. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	17
CLÁUSULA XV. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	18
CLÁUSULA XVI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS.....	18
CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE.....	18
CLÁUSULA XVIII. OTROS SEGUROS.....	19
CLÁUSULA XIX. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS.....	19
SECCIÓN F. PRIMAS	19
CLÁUSULA XX. PRIMAS.....	19
CLÁUSULA XXI. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.....	19
CLÁUSULA XXII. PERÍODO DE GRACIA.....	20
CLÁUSULA XXIII. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	21
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN	21
CLÁUSULA XXIV. AJUSTE DE PRIMAS PARA RENOVACIÓN.....	21

SECCIÓN H. RECARGOS Y DESCUENTOS	22
CLÁUSULA XXV. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	22
SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	22
CLÁUSULA XXVI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO.....	22
CLÁUSULA XXVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO.....	27
CLÁUSULA XXVIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	27
SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES.....	27
CLAUSULA XXIX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	27
CLÁUSULA XXX. MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	28
CLÁUSULA XXXI. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	29
CLÁUSULA XXXII. TERMINACIÓN DEL CONTRATO PARA CADA ASEGURADO	30
SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS	31
CLÁUSULA XXXIII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CLASE DE SEGURO	31
CLÁUSULA XXXIV. ELEGIBILIDAD	31
CLÁUSULA XXXV. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA	31
CLÁUSULA XXXVI. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	32
CLÁUSULA XXXVII. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS	32
CLÁUSULA XXXVIII. SUBROGACIÓN.....	32
CLÁUSULA XXXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	32
CLÁUSULA XL. TRASPASO O CESIÓN	33
CLÁUSULA XLI. PRESCRIPCIÓN	33
CLÁUSULA XLII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	33
CLÁUSULA XLIII. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.....	33
SECCIÓN L. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	33
CLÁUSULA XLIV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	33
CLÁUSULA XLV. LEGISLACIÓN APLICABLE	33
SECCIÓN M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	34
CLÁUSULA XLVI. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	34
CLÁUSULA XLVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.....	34
SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO	34
CLÁUSULA XLVIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	34

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

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

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

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



Luis Fernando Monge Salas
Gerente General

Instituto Nacional de Seguros
Cédula Jurídica 400000-1902-22

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

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

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

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

20. **Deducible:** Suma fija anual 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 las Condiciones Particulares.
21. **Desembolso máximo anual:** Participación máxima del Asegurado por concepto de coaseguros y copagos de hospitalización. Aplica sólo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza.
22. **Deporte:** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
23. **Donador:** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
24. **Edad:** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:
 - a. Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
 - b. Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
25. **Emergencia:** Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (24) horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.
26. **Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.
27. **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.
28. **Enfermedad contagiosa:** Enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).
29. **Enfermedad epidémica:** Enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un

crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan en un país o región o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales o de un país o región facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.

- 30. Enfermedades graves:** Alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas como enfermedades graves por la póliza.
- 31. Enfermedad mental:** Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida.
- 32. Enfermedad No Oncológica:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo en relación con el organismo, se refiere a los grupos de patologías o enfermedades que se detallan a continuación y que cumplan con al menos dos de los criterios establecidos de acuerdo con la siguiente lista:

a. Enfermedad cardiovascular:

- i. Disnea clase IV de la NYHA y/o angina con Insuficiencia Cardíaca secundaria
- ii. Fracción de eyección $\leq 20\%$
- iii. Persistencia de síntomas a pesar de tratamiento adecuado
- iv. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento
- v. Antecedente de síncope, Infarto agudo de miocardio o arritmias sintomáticas.

b. Enfermedad pulmonar:

- i. Enfermedad pulmonar documentada por disnea de reposo clase IV de la MRC con respuesta escasa o nula a broncodilatadores
- ii. Volumen forzado espiratorio (FEV1) después de broncodilatador menor al 30% de lo previsto
- iii. Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias debido a infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
- iv. Hipoxemia pO_2 55 mm/Hg en reposo con aire ambiente o $SatO_2$ 88% con O_2 suplementario o hipercapnia, PCO_2 50 mmHg o más
- v. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar
- vi. Hipertensión pulmonar documentada, disnea de mínimos esfuerzos
- vii. Taquicardia de >100 ppm en reposo

c. Enfermedad hepática:

- i. Albúmina < 2.8 gr/dl

- ii. T de protrombina < 30%
- iii. Hipertensión portal documentada
- iv. Bilirrubina sérica de 3 mg/dl o más
- v. INR > 1.5
- vi. Presencia de al menos uno de los síntomas comórbidos: encefalopatía, ascitis, síndrome hepato renal y sangrado digestivo

d. Enfermedad renal:

- i. Síntomas urémicos: Confusión, náuseas, vómitos, prurito refractario
- ii. Diuresis < 400 cc/día
- iii. Hiperkaliemia >7m Eq/l que no responde a tratamiento
- iv. Pericarditis urémica. Sobrecarga de fluidos intratable.
- v. Nivel de creatinina > 8 mg/dl
- vi. Tasa de filtración glomerular menor o igual a 10 ml/min

e. Esclerosis Lateral Amiotrófica:

Evidencia clínica de compromiso de una de las siguientes funciones:

- i. Capacidad ventilatoria
- ii. Estado funcional
- iii. Capacidad de deglución

f. Otras enfermedades de Neurona Motora:

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

g. Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida:

- i. Diagnóstico clínico de SIDA
- ii. Antecedente de infección oportunista de fondo
- iii. Carga Viral > 100.000/ml
- iv. Conteo de CD4 menor de 25 células/ul

h. Síndromes demenciales y enfermedad cerebro vascular:

- i. Edad >65 años
- ii. Estado funcional Barthel menos de 50 puntos
- iii. Deterioro cognitivo grave (Minimental < 14)
- iv. Escala FAST (Functional Assesment Staging) > 7
- v. Presencia de complicaciones tales como: enfermedades comórbidas, infecciones a repetición (urinaria, respiratoria), uso de oxígeno suplementario, pielonefritis, sepsis
- vi. Desnutrición (pérdida < 10% de peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses o IMC < = 18,5 y/o Albúmina < 2.5 g/dl)

- vii. Claudicación familiar
- viii. Presencia de por lo menos una úlcera por presión grado 4, o dos o más úlceras por presión grado 3.

i. Enfermedad Arterial Periférica

- i. Dolor severo en reposo del miembro afectado
- ii. Isquemia o Gangrena de un miembro afectado

- 33. Enfermedad Oncológica:** Se entiende como aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa y metástasis local o a distancia, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.
- 34. Enfermedad pandémica:** Enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan simultáneamente en más de un país o continente o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales con facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
- 35. Enfermedad Preexistente:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que, con anterioridad a la adquisición de la póliza, haya sido:
- 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 pertinentes.
 - e. Tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
- 36. Esterilidad:** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
- 37. Gastos ambulatorios:** Son todos aquellos gastos en que incurre un Asegurado por atención médica, siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica o que permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
- 38. Gastos indemnizables:** Son los costos de servicios médicos cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del pago de deducible, coaseguro y/o copago.

- 39. Gastos médicos:** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe un Asegurado sea en forma ambulatoria y/o hospitalaria.
- 40. Gastos operativos:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: costos de administración, costos de distribución, utilidad y comisión de cobro si la hubiere.
- 41. Gastos prenatales:** Son los gastos derivados del período de embarazo comprendido entre el momento de la concepción y el inicio del parto y que están relacionados con la condición de embarazo.
- 42. Gastos postnatales:** Son los gastos posteriores al parto y que se producen en un período máximo de ocho (8) semanas posteriores al nacimiento y que están relacionados con la condición de embarazo.
- 43. Gastos rutinarios del recién nacido:** Son los gastos necesarios para la atención del recién nacido en la sala de parto, los cuales disminuyen el Sublímite de Maternidad de la madre.
- 44. Grupo Asegurable:** Es aquel constituido por un número limitado de personas que se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro y que son representados ante la Aseguradora por el Tomador del Seguro.
- 45. Grupo Asegurado:** Son las personas físicas que, perteneciendo al grupo asegurable, hayan sido aceptadas por el Instituto, hayan pagado la prima y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la póliza.
- 46. Grupo Familiar:** Es el grupo conformado por el Asegurado Directo y sus dependientes.
- 47. Hospital o clínica:** Establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.
- 48. Hospitalización:** Es cuando un Asegurado es ingresado en un hospital, registrado como paciente de cama, y se mantiene en esa condición por un período continuo mayor a veinticuatro (24) horas.
- 49. Infertilidad:** Es la incapacidad de la pareja para conseguir finalizar la gestación de forma satisfactoria.
- 50. Métodos anticonceptivos:** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
- 51. Métodos anticonceptivos quirúrgicos:** son los anticonceptivos definitivos implantados mediante un proceso quirúrgico, los cuales impiden el contacto entre espermatozoide y óvulo.
- 52. Métodos anticonceptivos no quirúrgicos:** Tales como pero no limitados a:
- Método del moco cervical.

- b. Condón masculino.
- c. Condón femenino.
- d. Diafragma.
- e. Espermaticidas.
- f. Esponjas vaginales.
- g. Dispositivos intrauterinos.
- h. Anticonceptivos orales.
- i. Anticonceptivos inyectados.

- 53. Paciente receptor:** Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.
- 54. Período de Carencia:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- 55. Período de Gracia:** Es el período después del vencimiento para el pago de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado, siempre y cuando la prima sea cancelada dentro del período establecido.
- 56. Práctica competitiva de deporte:** Es la práctica que se desarrolla en un ámbito formal, donde media la competición por un premio (económico o no), no obstante, la actividad no constituye la principal fuente de ingreso del asegurado.
- 57. Práctica profesional de deporte:** Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su principal medio de ingreso.
- 58. Pre-autorización médica:** Es la autorización por escrito, que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, ya sea para casos específicos de atención ambulatoria, al ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado, de conformidad con las coberturas suscritas en la póliza.
- 59. Prematurez:** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 60. Prima:** Precio que debe satisfacer el Tomador del Seguro o el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
- 61. Propuesta de seguro:** Es la oferta o cotización que el INSTITUTO ofrece al Tomador con los términos y condiciones que regularán el seguro.

- 62. Prótesis quirúrgica:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
- 63. Proveedor afiliado:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud con cargo a la póliza.
- 64. Proveedor no afiliado.** Es la persona física o jurídica que no tiene un convenio con el Instituto para proporcionar los bienes o servicios de salud a los asegurados.
- 65. Razón de siniestralidad:** Es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (corresponde a siniestros pagados más siniestros pendientes de pago de ese mismo año póliza) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.
- 66. Red de proveedores:** Son todos aquellos proveedores afiliados los cuales tienen un convenio con el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud a los asegurados.
- 67. Reproducción Asistida:** Es el conjunto de técnicas o métodos biomédicos que facilitan o sustituyen a los procesos naturales que se dan durante la reproducción.
- 68. Sala de emergencia:** Es la sección del hospital o clínica con personal y equipo necesario para proveer cuidado de emergencia a las personas que requieran tratamiento médico o quirúrgico inmediato.
- 69. Síndrome de Hellp:** Es una complicación seria de la presión arterial alta inducida por el embarazo y que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre, afectación del funcionamiento del hígado y trastornos de la coagulación que llevan a hemorragia.
- 70. Síndrome de Sheehan:** Es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
- 71. Tarjeta de identificación:** Es el carné de identificación que entrega el Instituto a cada Asegurado cuando suscribe la póliza, en el cual se detalla su nombre, condición de Asegurado, número de póliza y otros datos de relevancia.
- 72. Tomador del Seguro:** Es la persona jurídica que suscribe la póliza con el Instituto en representación del grupo asegurado.
- 73. Toxemia gravídica:** Enfermedad del embarazo que produce hinchazón de piernas, elevación de la presión arterial y exceso en la eliminación de las proteínas a través de la orina.
- 74. Trasplante:** Es el procedimiento quirúrgico, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un Asegurado, uno de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donador.

75. Tratamiento experimental: Tratamiento, procedimiento, medio diagnóstico, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que no ha sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

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

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

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

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

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

- a. **Regional.** El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos de los gastos indemnizables del Asegurado en Centroamérica; como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza. En caso de utilizar el seguro fuera de esta región, los siniestros serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos del INS.
- b. **Internacional.** De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de beneficios indicados en las Condiciones Particulares, el Instituto cubrirá los costos de servicios médicos de los gastos indemnizables del Asegurado en Costa Rica y el resto del mundo como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza, según los costos de servicios médicos del área geográfica donde recibió la atención o servicio.

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no

13

preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero, siempre que la misma haya sido suscrita.

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

CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

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

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. Asegurado Directo
2. Cónyuge o conviviente
3. Hijos nacidos o no al amparo de esta póliza
4. Otros dependientes

CLÁUSULA VI. RIESGOS CUBIERTOS

1. **Coberturas básicas:** Se establecen como coberturas básicas las siguientes, donde el Tomador del Seguro podrá elegir una de ellas o ambas. Las coberturas elegidas se detallarán en las Condiciones Particulares, el Anexo de Coberturas y para cada Asegurado en el Certificado Individual de Seguro.
 - a. Gastos médicos ambulatorios por enfermedad o accidente
 - b. Gastos médicos por hospitalización y cirugía
2. **Coberturas opcionales:** Serán las detalladas en el Anexo de Coberturas y de conformidad con los límites y condiciones especificados en las Condiciones Particulares. Para cada Asegurado se detallarán las coberturas sublimitadas en el respectivo Certificado Individual de Seguro.

En caso de que ocurra un siniestro amparado bajo la presente póliza, el Instituto le pagará al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, hasta los límites o sumas aseguradas indicadas en las Condiciones Particulares.

Los siniestros que afecten a los integrantes del grupo asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial serán cubiertos si se encuentran detalladas en las Condiciones Particulares y Anexo de Coberturas.

No obstante, lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación del alcance de las coberturas de esta póliza, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA VII. PERÍODO DE CARENCIA

El Período de Carencia para las coberturas que correspondan se indica en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA VIII. EXCLUSIONES

Las diferentes coberturas tendrán las exclusiones que se establecerán de común acuerdo entre el Tomador del Seguro y el Instituto, según se indique en el Anexo de Exclusiones correspondiente.

SECCIÓN D. BENEFICIARIOS

CLÁUSULA IX. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al deceso del Asegurado, si fue suscrita la Cobertura de Fallecimiento, el importe de la indemnización al amparo de esta póliza se pagará a los beneficiarios de conformidad con los siguientes lineamientos:

1. Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
2. Por fallecimiento de los Asegurados dependientes, al Asegurado Directo, o en su defecto, los herederos legales de los mismos, si fue suscrita para éstos la Cobertura de Fallecimiento.

Advertencia:

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

CLAÚSULA X. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado Directo puede cambiar de beneficiario en cualquier momento. El cambio de beneficiario debe efectuarse por escrito y es válido sólo si fue recibido por el Instituto, quien hará efectivo el cambio a partir de la fecha en que recibe la solicitud de cambio y lo registrará en la póliza.

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

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

CLÁUSULA XI. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XII. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LOS GASTOS

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

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

- a. Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b. Facturas originales (En el caso de Costa Rica, según lo autorizado por el Ministerio de Hacienda).
- c. Prescripciones y recetas médicas.
- d. Resultados de los exámenes prescritos por el médico tratante.

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

Una vez que 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 copagos y/o coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada.

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

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

CLÁUSULA XIII. RESIDENCIA TEMPORAL

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que el Asegurado Directo y sus dependientes inscritos residen en Costa Rica. En caso de que alguno de los asegurados resida 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 por escrito al Instituto, quien se reserva el derecho de aceptar esta condición y de aplicar el recargo correspondiente el cual se indicará en las Condiciones Particulares.

Si 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.

CLÁUSULA XIV. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XV. REGISTRO DE ASEGURADOS

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

- a) La lista de los nuevos Asegurados al grupo, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión o de Enrolamiento según corresponda, como Asegurado debidamente cumplimentada.
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Tomador del Seguro ha solicitado la exclusión definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

Todos los reportes para presentar ante el Instituto mencionados anteriormente deberán ser entregados por los medios electrónicos definidos y con la estructura de datos suministrada por el Instituto.

Conforme a la información suministrada por el Tomador del Seguro, el Instituto llevará un registro de Asegurados en el que deberá constar el nombre, edad, fecha de nacimiento, género, parentesco con el Asegurado Directo, tipo y número de identificación, beneficiarios designados, suma asegurada por cobertura, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado.

CLÁUSULA XVI. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

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

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

CLÁUSULA XVII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

El tomador y asegurado, se compromete a través del Contrato de Seguros, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplir con la Política Conozca su Cliente; asimismo, se compromete a realizar la actualización de los documentos, cuando el Instituto lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguros, cuando se incumpla con esta obligación o cualquier otra establecida en la Ley N°7786 o en la normativa complementaria, en cualquier momento de la vigencia, devolviendo la prima no devengada.

CLÁUSULA XVIII. OTROS SEGUROS

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

CLÁUSULA XIX. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

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

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

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

SECCIÓN F. PRIMAS

CLAUSULA XX. PRIMAS

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

CLÁUSULA XXI. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

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

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

Si el Asegurado 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 a continuación:

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

- **Dólares**

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

- **Colones**

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XXII. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima el Instituto le concede al Tomador del Seguro un Período de Gracia que no podrá ser inferior a diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, el cual estará establecido de forma definitiva en las Condiciones Particulares. Dicho período

empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima, según la forma de pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares.

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

CLAÚSULA XXIII. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

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

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMAS EN CASO DE PRÓRROGA O RENOVACIÓN

CLAÚSULA XXIV. AJUSTE DE PRIMAS PARA RENOVACIÓN

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

La prima del seguro se establece tomando en cuenta las tarifas vigentes, las coberturas contratadas, los descuentos y recargos relacionados con el número de asegurados, la experiencia siniestral del grupo asegurado cuando exista y la inflación de costos médicos. Todos estos factores estarán indicados en las Condiciones Particulares de este contrato.

Las modificaciones en la prima se establecen de conformidad con lo indicado en la Cláusula de Modificación y Renovación de la póliza.

Para el cálculo de la experiencia siniestral, se utilizan las primas netas pagadas y siniestros incurridos (pagados, pendientes reportados y pendientes ocurridos y no reportados) para un período que contempla un mínimo de 2 años y un máximo de cinco, con esta información se estima el índice de siniestralidad, como el cociente de los siniestros entre las primas.

Al determinar el índice de siniestralidad y previo análisis del Instituto, se determinará el porcentaje a aplicar, según sea el rango de índice de la siguiente tabla:

<i>Rango de índice de siniestralidad</i>	<i>Porcentaje de recargo o descuento</i>
Desde 0% hasta 35%	Descuento desde 0% hasta 50%
Más de 35% hasta 45%	Descuento desde 0% hasta 20%
Más de 45% hasta 60%	No aplica
Más de 60% hasta 100%	Recargo desde 0% hasta 50%
Más de 100%	Recargo desde 0% hasta 100%

Para cada Asegurado, también la prima puede variar según el análisis del riesgo realizado de conformidad con las declaraciones brindadas en la Solicitud de Inclusión y las pruebas de asegurabilidad.

Estas revisiones se realizarán anualmente, excepto la primera revisión, la cual se efectuará a los dos años de emisión de la póliza.

La modificación en primas se aplicará sea que el Asegurado y/o Tomador decida prorrogar tácitamente o renovar su contrato, y será informada con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

SECCIÓN H. RECARGOS Y DESCUENTOS

CLÁUSULA XXV. RECARGOS Y DESCUENTOS

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

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

Recargos por forma de afiliación			
		Total	Parcial
Modalidad	No contributiva	0%	5%
	Contributiva	0%	10%

SECCIÓN I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXVI. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

La suma asegurada de este seguro podrá ser anual renovable, según la solicitud del Tomador del Seguro, lo cual quedará establecido en las Condiciones Particulares.

Si el monto es anual renovable, sin importar el número de eventos durante el año póliza, la suma asegurada se restituye de acuerdo con sus límites de cobertura para el año siguiente, excepto en casos de coberturas vitalicias, donde el monto de los gastos cubiertos se deduce de la suma asegurada inicial.

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

Para poder hacer uso del seguro el Instituto podrá establecer un monto a partir del cual se deberá pre-autorizar cualquier gasto médico. Este monto podrá negociarse y se establecerá en las Condiciones Particulares, para aquellos gastos médicos con montos menores al establecido por el Instituto, se indemnizarán vía reembolso a menos que el asegurado requiera pago directo en cuyo caso deberá solicitar la pre-autorización respectiva. Los gastos médicos generados por medicamentos no serán objeto de pre-autorización y de igual manera se indemnizarán vía reembolso.

Para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios, farmacias) que brindan servicios de salud a los Asegurados. Con el Tomador del Seguro se podrá pactar la utilización de la red de proveedores completa o una selección más reducida de la misma.

El proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por medio del Administrador de Servicios Médicos en atenciones hospitalarias, una vez asumidos por el Asegurado los montos que correspondan.

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos indemnizables, de conformidad con las condiciones y montos autorizados previamente informados El Asegurado asume el costo del deducible anual, copagos o coaseguros estipulados y cualquier otro gasto que no sea objeto de cobertura. No obstante, esta participación de los gastos podrá ser negociada con el Tomador y quedará establecida en las Condiciones Particulares.

Cuando se requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviarse mediante correo electrónico al Instituto el formulario de Solicitud de Pre-autorización debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante o bien presentarse a las plataformas de los Centros Médicos.

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

En casos de emergencia o accidentes donde el Asegurado no pueda notificar al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir la atención médica, el Asegurado deberá comunicar el evento en las veinticuatro (24) horas siguientes una vez que se encuentre en

condiciones para realizar el aviso, donde se le aplicará los gastos de proveedor dentro de red, aún si la atención brindada fue en un proveedor no afiliado. En caso de que no cumpla con el plazo señalado, se le aplicará las condiciones de fuera de red.

En algunas coberturas que se requiera utilizar servicios hospitalarios y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costo y que involucren gran tecnología, ya sea que necesiten internamiento hospitalario o no, que no sean por emergencia, requerirán de pre-autorización. De no cumplirse con este requisito, las coberturas serán cubiertas de conformidad con el porcentaje de coaseguro mayor el cual estará definido en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares.

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

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

El Asegurado tiene libre elección médica, por lo cual puede utilizar los bienes o servicios de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, en cuyo caso la póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso de conformidad con el costo de servicios médicos; donde se aplicarán condiciones diferentes en relación a la participación en los gastos.

El utilizar proveedores que no forman parte de la red de proveedores afiliados no exime al Asegurado de preautorizar los procedimientos que así determine el INS, ni tampoco implica un pago directo. En caso de que el Asegurado no pre-autorice el uso de un servicio médico fuera de la red de proveedores se aplicará un coaseguro mayor.

Todo gasto cubierto será reconocido de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual, los copagos o coaseguros establecidos en dicho documento, los cuales se calculan sobre los gastos indemnizables.

Red de Servicios de Salud (RSS)

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

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

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

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

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

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

- **Números gratuitos**
1 844 865 0804 USA
900 995 484 España
- **Números directos**
+1 (407) 264-7118 USA
(091) 189-5152 España
+1 (407) 264-7118 Canadá/Caribe/Resto de las Américas*
+34 (91)189-5152 Europa/Resto del mundo*

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

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos. Si el seguro contratado su ámbito de cobertura es Regional, pero debe utilizar la póliza fuera de la región, serán tramitados únicamente por reembolso y al costo de servicios médicos de la región.

Si los gastos son fuera de Centroamérica y el ámbito de cobertura es internacional y se suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero, dicha cobertura operará en primera instancia, deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos, a los números de contacto antes indicados. En caso de no tener la cobertura de Asistencia al Viajero, de igual manera deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos.

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

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

Enfermedad aguda o accidente fuera de Costa Rica

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

Si se suscribió la cobertura regional y los gastos son efectuados fuera de Centroamérica los mismos se tramitarán únicamente vía reembolso y una vez superado el deducible anual elegido.

Si los gastos son fuera de Centroamérica y el ámbito de cobertura es internacional y se suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero, deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos, a los números de contacto antes indicados.

Si el Tomador del Seguro no suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero o el Asegurado no realiza la coordinación mediante el Administrador de Servicios Médicos y sufre un accidente o enfermedad aguda deberá presentar los gastos utilizando la modalidad de reembolso.

Medicina Virtual

El asegurado se pondrá en contacto con un médico a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o bien la página medicinavirtual.ins-cr.com, donde podrá solicitar el servicio de medicina virtual en el que se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva, adicionalmente en aquellos casos donde sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá a la prescripción de los mismos, además confeccionará un historial clínico.

La consulta mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir no hay participación del asegurado en deducible, coaseguro, ni copago.

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

Detalle de la aplicación del deducible

GASTOS	
Ambulatorios	Hospitalarios
Dentro de Red: No acumulan deducible	
Fuera de Red: Sí acumulan deducible	
Para hacer uso de ellos, no se requiere acumular Deducible, el Asegurado sólo participa de Copago o Coaseguro.	Para hacer uso de ellos, el Asegurado debe acumular Deducible, así como participar del Copago y un Coaseguro.
Medicamentos	
Sí acumulan deducible (Dentro y fuera de Red)	No acumulan deducible

CLÁUSULA XXVII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado, el Tomador del Seguro o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación. Los requisitos para la presentación de reclamos estarán indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y el Certificado Individual de Seguro individual, de acuerdo con las coberturas que el Tomador del Seguro haya escogido.

CLÁUSULA XXVIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN

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

El asegurado podrá consultar sobre el estado del trámite de su reclamo, por los siguientes medios:

1. Teléfono: 800-Teleins (800-8353467)
2. Correo electrónico: contactenos@ins-cr.com

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

SECCIÓN J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

CLAUSULA XXIX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

La vigencia de la presente póliza será por un período de un año que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares. No obstante, puede ser prorrogable tácitamente y/o

renovable e indefinidamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes, exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

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

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de la póliza.

Cabe indicar, que el monto asegurado de algunas coberturas puede ser vitalicio o anual renovable, según lo acordado con el Tomador y estipulado en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XXX. MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

El Instituto podrá introducir modificaciones a las condiciones de la póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, así como cambiar las primas de esta en cada fecha de vigencia 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:

- a. La tarifa vigente según la modalidad y esquema de producto escogido
- b. La edad y género del asegurado
- c. Las coberturas suscritas
- d. Número de asegurados
- e. Número de familiares dependientes asegurados
- f. Experiencia siniestral del grupo asegurado
- g. Inflación de los servicios de salud
- h. Recargos o descuentos que se determinen en el proceso de selección de riesgos
- i. Monto asegurado elegido por el cliente para el sublímite de enfermedades epidémicas o pandémicas

Con respecto a la prima para la ampliación en el sublímite de la cobertura por enfermedades epidémicas y pandémicas serán considerados los siguientes elementos:

- a. Tasa de inflación médica
- b. Tasa de contagio
- c. Probabilidades de hospitalización
- d. Factores de ajuste por Suma Asegurada, deducible y/o coaseguro
- e. Costos por hospitalización y/o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- f. Días de hospitalización y/o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Dicha revisión se realizará anualmente.

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

El Tomador del Seguro dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que el Instituto informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso de que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la prima, esta póliza se tendrá por renovada automáticamente por un período igual.

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 adendum; 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 sobre 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.

CLÁUSULA XXXI. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

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

- A solicitud expresa y por escrito del Tomador del Seguro del seguro con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.
- Por falta de pago total o parcial de la prima, según la forma de pago de la prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia correspondiente. Lo anterior, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 37, de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando en el aniversario de la póliza o en la fecha de vencimiento de pago de prima el número de Asegurados Directos sea menor a 10 o menor al setenta y cinco por ciento (75%) del grupo de personas elegibles para el seguro de conformidad con la propuesta original del Tomador del Seguro. Si se pacta una cantidad o porcentaje diferente con el Tomador del Seguro se indicará en las Condiciones Particulares.

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

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	23%

Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	32%
Más de 35 hasta 65 días naturales	41%
Más de 65 hasta 95 días naturales	49%
Más de 95 hasta 125 días naturales	57%
Más de 125 hasta 155 días naturales	64%
Más de 155 hasta 185 días naturales	71%
Más de 185 hasta 215 días naturales	77%
Más de 215 hasta 245 días naturales	83%
Más de 245 hasta 275 días naturales	88%
Más de 275 hasta 305 días naturales	92%
Más de 305 hasta 335 días naturales	96%
Más de 335 hasta 365 días naturales	100%

Dicha devolución, será realizada en el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la terminación de la póliza, siempre que no existan reclamos amparados en el período. Por lo cual en caso de haber reclamos se retendrá el 100% de la prima pagada de ese Asegurado en la póliza.

El Tomador del Seguro bajo su entera responsabilidad y durante el plazo de treinta (30) días naturales previos a la cancelación de la póliza, deberá comunicar de la decisión a los Asegurados con el fin de que estos puedan ejercer las acciones pertinentes, sea por el trámite de reclamos o el proceso de aseguramiento en otra póliza.

CLÁUSULA XXXII. TERMINACIÓN DEL CONTRATO PARA CADA ASEGURADO

La cobertura de cada Asegurado terminará automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable.
2. Por falta de pago de la prima al término del Período de Gracia, en cuyo caso el Instituto notificará dicha decisión al Tomador del Seguro y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
3. El Tomador del Seguro solicite la exclusión del Asegurado.
4. Por declaraciones falsas o inexactas.
5. En caso de que el Asegurado resida permanentemente fuera del país, excepto que se haya negociado con el Tomador.
6. Si el tomador, asegurado titular o dependiente, se encuentra incluido en alguna de las listas de sanciones económicas emitidas por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC - siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y por la Organización de las Naciones Unidas (ONU)."

Si existen primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, éstas serán devueltas al Tomador del Seguro o al Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la cobertura, siempre que no existan reclamos amparados en el período. Por lo cual en caso de haber reclamos se retendrá el 100% de la prima pagada de ese Asegurado en la póliza.

SECCIÓN K. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXIII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CLASE DE SEGURO

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

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

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

CLÁUSULA XXXIV. ELEGIBILIDAD

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

- a. Formen parte del grupo asegurable según se define en esta póliza.
- b. Cumplan los requisitos que se establezcan en las Condiciones Particulares.
- c. Cumplan con las condiciones para ser un Asegurado Dependiente, en caso de que se negocie su inclusión.

CLÁUSULA XXXV. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

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

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

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

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

CLÁUSULA XXXVI. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

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

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

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

CLÁUSULA XXXVII. PARTICIPACIÓN DE BENEFICIOS

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

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

CLÁUSULA XXXVIII. SUBROGACIÓN

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

CLÁUSULA XXXIX. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

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

CLÁUSULA XL. TRASPASO O CESIÓN

El Instituto no reconocerá traspaso o cesión alguna que haga el Asegurado sobre los beneficios del seguro a un tercero.

CLÁUSULA XLI. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA XLII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

CLÁUSULA XLIII. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

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

SECCIÓN L. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLIV. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

CLÁUSULA XLV. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta Póliza, se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado

de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos, el Código de Civil y el Código de Comercio.

SECCIÓN M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XLVI. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

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

El Asegurado y/o Tomador, deberán reportar por escrito al Instituto el cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

CLÁUSULA XLVII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

Es la dirección anotada por el Asegurado o Tomador en la Oferta de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto.

SECCIÓN N. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLVIII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

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