

CONDICIONES PARTICULARES

Lugar y fecha de emisión: San José, 23 de febrero de 2023.	
IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	
N° de póliza: 02 01 GFG 0000801 00	Vigencia: Desde: 23/02/2023 Hasta: 23/02/2024
IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO	
Nombre del Tomador de Seguro y/o Asegurado: COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA	
Cédula Jurídica o Número de identificación del Asegurado y/o Tomador: 3007045427	
Medio para recibir notificaciones:	Correo electrónico
OBJETO DE INTERÉS	
Coberturas indicadas en este documento.	
Suma Asegurada: \$200.000 por persona y a partir de los 70 años \$60.000 por persona	
PRIMA INDIVIDUAL	
Forma de pago: Semestral	
Ámbito de Cobertura: Regional	
Moneda: Dólares	
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 NeillLy, 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.

TEMAS ADICIONALES

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

CONDICIONES PARTICULARES**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 del Colegio de Abogados y sus familiares dependientes.

El número de Asegurados Directos no será menor a 10 Asegurados Directos entre los contratos 02-01-GFG-457, 02-01-GFG-463 y 02-01-GFG-464.

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.

CONDICIONES PARTICULARES

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES, RESIDENTES PERMANENTES y RESIDENTES TEMPORALES	
EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
De 18 a 55 años	Solicitud de seguro completa Solicitud de seguro abreviada (aplica para contratos con Preexistencias Declaradas, según negociación)
De 56 a 70 años	Solicitud de seguro completa y batería de exámenes (*)
De 71 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 71 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).	
A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (examen médico, electrocardiograma de reposo, pruebas de laboratorio, cuestionario de alcoholismo, trastornos respiratorios, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, trastornos lumbares, etc.)	
Los exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.	
En el caso de Residentes Permanentes: El solicitante debe presentar la copia de la cédula de residencia, sobre la cual el intermediario de seguros o funcionario de la 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.	
En el caso de Residentes Temporales: En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente. Los residentes temporales deben demostrar su arraigo en el país, puede consultar con su intermediario de seguros dichos requisitos.	
En el caso de Residentes Temporales en el Exterior: Es asegurable solamente en pólizas colectivas no contributivas donde la empresa cuenta con empleados extranjeros trabajando también en el exterior. En este caso las pruebas de asegurabilidad que se soliciten corren por cuenta del solicitante, así como el proceso de consularización de los mismos.	

III. RESIDENCIA TEMPORAL

En caso 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 a aplicar son los siguientes:

CONDICIONES PARTICULARES

a. Póliza Familiar:

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

b. Póliza Unipersonal:

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

En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

También aplica recargo bajo los siguientes casos:

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

Si el Asegurado o Tomador del Seguro no informan al Instituto sobre su cambio de residencia temporal en el extranjero, la persona se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación. La devolución procederá siempre que no existan reclamos pagados durante la vigencia de la póliza.

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	\$200.000
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	Anual Renovable	\$60.000
Desembolso Máximo Anual (Stop loss)	\$2.500	

CONDICIONES PARTICULARES

ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO Y COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Ámbito de Cobertura	Regional	
Deducible Anual por Persona	\$500 (se aplica máximo 3 por familia al año póliza)	
Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria		
Costa Rica	Máximo por consulta General: de acuerdo con el costo de servicios médicos	Máximo por consulta Especialista: de acuerdo con el costo de servicios médicos
Fuera de Costa Rica	Costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica	
Copagos		
Copago en Gastos Ambulatorios	Consultas \$20 por cada visita al médico (Atención Médica Primaria, a través de Red de Servicios médicos del INS, Medicina virtual no aplica copago)	
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo o reembolso)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos
Atención Médica Primaria, a través de Red de Servicios médicos del INS, Medicina virtual No Aplica deducible anual	Debe acumular deducible anual	Atención Primaria, a través de Red de Servicios médicos del INS, Medicina virtual: no acumula deducible anual
Dentro o fuera de red de proveedores: Aplica deducible anual		Dentro o fuera de red de proveedores: debe acumular deducible anual
Gastos Hospitalarios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo o reembolso)	Fuera de Red de Proveedores (reembolso)	Medicamentos
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: \$400 en Costa Rica y Centroamérica / \$ 1.000 en el Resto del Mundo		
Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red: \$800 en Costa Rica y Centroamérica / \$ 1.500 en el Resto del Mundo		
Coaseguro		
Gastos ambulatorios (excepto consultas ambulatorias)		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo o reembolso)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)	
Costa Rica	Costa Rica y Centroamérica	
0% coaseguro Atención Médica Primaria	30% coaseguro	
Costa Rica y Centroamérica	Fuera de Centroamérica (Reembolso)	

CONDICIONES PARTICULARES

20% coaseguro	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			
Gastos hospitalarios			
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo o reembolso)	Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)		
Costa Rica y Centroamérica	Costa Rica y Centroamérica		
20% coaseguro	30% coaseguro		
	Fuera de Centroamérica		
	30% coaseguro coaseguro con los costos de servicios médicos de Centroamérica		
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Participación del asegurado	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	\$200.000 A partir de los 70 años hasta \$60.000 por año póliza	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Gastos médicos por hospitalización y cirugía	\$200.000 A partir de los 70 años hasta \$60.000 por año póliza	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	
Prótesis Quirúrgicas	\$200.000 A partir de los 70 años hasta \$60.000 por año póliza	Deducible: Sí aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.

CONDICIONES PARTICULARES

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		
Coberturas opcionales	Monto máximo	Período de carencia
Maternidad Parto Normal, Aborto	\$3.000	13 meses
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Complicaciones durante el embarazo	\$1.000	13 meses
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Cesárea o parto múltiple	\$3.500	13 meses
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.	Hasta \$25.000	Parto cubierto: no aplica carencia
	Terapias Hasta \$2.500	Parto no cubierto: exclusión a menos que esté declarado y haya suscrito la cobertura de preexistencias
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Prematurez	Hasta \$100.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión a menos que esté declarado y haya suscrito la cobertura de preexistencias
	Terapias Hasta \$10.000	
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica

CONDICIONES PARTICULARES

	Copago: Solo consultas	
Trasplante de órganos -Monto anual renovable-	\$200.000	24 meses
	A partir de los 70 años hasta \$60.000 por año póliza	
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: No aplica	
Aparatos de apoyo	Hasta \$10.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: No aplica	
Cuidados en el hogar	Hasta 30 días por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: No aplica	
Terapias	Máximo 20 sesiones por evento	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: No aplica	
Tratamientos de alergias	Hasta \$200.000 pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo \$150	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible: Sí aplica (no aplica deducible al panel de alergias)	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Tratamiento de enfermedades mentales	Hasta \$1.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta \$7.500	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Deportes	Hasta \$10.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	
Práctica competitiva de fútbol	Hasta \$10.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Solo consultas	

CONDICIONES PARTICULARES

Práctica recreativa de buceo (Reducción de beneficio máximo anual a partir de los 70 años)	\$200.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	A partir de los 70 años hasta \$60.000 por año póliza	
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
Copago: Solo consultas		
Transporte en ambulancia terrestre	Al 100% según anexo de coberturas	30 días según el padecimiento
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: No aplica	
Transporte en ambulancia aérea	Hasta \$25.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: No aplica	
Transporte por evacuación	100%	30 días y según el padecimiento
	Deducible: No aplica	Coaseguro: No aplica
	Copago: No aplica	
Asistencia al viajero	Según anexo, Hasta \$10.000 por viaje (sólo coordinado con la red)	No aplica carencia
	Deducible de \$75 por viaje y por asegurado	
Emergencias durante viajes al extranjero		
Evacuación y/o repatriación por razones médicas	Según contrato	60 días
	Deducible: Sí aplica	Coaseguro: Sí aplica
	Copago: Sí aplica	
Repatriación de restos mortales	\$ 2.500	60 días
	Deducible: No aplica	Coaseguro: No aplica
	Copago: Sí aplica	
Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad (máximo 10 días monto fijo)	\$ 100 diarios	60 días
	Deducible: No aplica	Coaseguro: No aplica
	Copago: Sí aplica	
Chequeo general una vez al año (Todo el Grupo)	Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la segunda renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
	Deducible, coaseguro: No aplica	
Chequeo oftalmológico una vez al año (Todo el Grupo)	Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la segunda renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
	Deducible, coaseguro: No aplica	

CONDICIONES PARTICULARES

Cobertura odontológica Emergencia (Todo el grupo)	Según se especifica en el Anexo de Coberturas	No aplica carencia
	Deducible, coaseguro, copago: No aplica	
Muerte (Todo el grupo)	Hasta \$2.500	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible, coaseguro, copago: No aplica	
Sepelio (Todo el grupo)	Hasta \$2.500	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible, coaseguro, copago: No aplica	
Liberación del pago del seguro por fallecimiento del Asegurado Directo (Todo el grupo)	12 meses	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	Deducible, coaseguro, copago: No aplica	

Notas:

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

V. TIPO DE ASEGURAMIENTO SELECCIÓN DE RIESGOS.**A. Pólizas con selección de riesgos.**

Independientemente de la cantidad de asegurados se deberá realizar el proceso de Selección de Riesgos Individual y el Selector determinará las condiciones de aseguramiento de cada persona.

No se cubren las preexistencias.

1. Formularios

Asegurados deberán completar el formulario de Inclusión Completa. Adicionalmente deberán presentar las pruebas de asegurabilidad que correspondan según edad.

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	5%	Prima anual *1.05/12
Trimestral	4%	Prima anual *1.04/4
Semestral	3%	Prima anual *1.03/2
Anual		No incluye recargo

CONDICIONES PARTICULARES

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	Hasta 25 años
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	Hasta 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
Otro asegurado (padres o hermanos, ahijados o sobrinos del asegurado Directo)	Padres (a partir de los 18 años) Hermanos, ahijados o sobrinos (desde el nacimiento)	Sin límite

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

IX. PERIODOS DE CARENCIA

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

CONDICIONES PARTICULARES

Estos períodos de carencia No aplican para los casos de accidentes o emergencia. **No obstante, si la emergencia o accidente es a consecuencia de una enfermedad congénita o hereditaria, deberán superar el período de carencia establecido en el siguiente cuadro:**

Cobertura	Carencia
Enfermedades	30 días en Costa Rica y Centroamérica. 60 días resto del mundo
Maternidad	13 meses consecutivos
Trasplante de Órganos	24 meses consecutivos
Catarata, glaucoma	10 meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septoplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma	10 meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	10 meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	10 meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	10 meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	10 meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	10 meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	10 meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	10 meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	10 meses consecutivos

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

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:

- El Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- Facturas originales (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- Comprobantes de pago en caso de que se requieran.
- Prescripciones y recetas médicas.

CONDICIONES PARTICULARES

- 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.

3. Fallecimiento:

- a) Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b) Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c) Fotocopia del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d) En caso de que el fallecimiento sea producto de un accidente, copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre el alcohol (OH) o tóxicos de la sangre.
- e) Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado.
- f) El beneficiario debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

XI. 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**.