Documento Informativo
Seguro INS-Medical Regional e Internacional
(a partir de JUNIO 2021 Seguro Médico Colectivo Flexible)

(SEGURO DE GASTOS MEDICOS DEL INS EN DOLARES USA)
(Doc. V- 02 en www.abogados.or.cr , actualizado al 01/07/2022)

1. INFORMACIÓN GENERAL BASICA:

1.1. INS – Medical es un Seguro de Gastos Médicos Mayores del Instituto Nacional de Seguros - INS, diseñado para cubrir la mayoría de sus necesidades de servicios médicos, cuando usted y su familia más lo necesita. Este producto se ofrece a los y las agremiados/as del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica bajo la MODALIDAD COLECTIVA DE AFILIACION VOLUNTARIA. A esta fecha están vigentes los siguientes contratos de seguros colectivos, que ponemos a disposición de ustedes y a los cuales pueden afiliarse por intermedio de los suscritos Agentes de Seguros Exclusivos del INS. Detallamos resumen:

CUADRO.1 RESUMEN CONTRATOS COLECTIVOS VIGENTES INS-MEDICAL SUSCRITOS POR EL COLEGIO DE ABOGADOS/AS

Tipo de producto colectivo	*Monto asegurado máximo anual por persona y deducible*	*No. contrato y fecha de renovación anual*	*Características particulares más importantes*
(2) INS-MEDICAL REGIONAL TRADICIONAL	$200.000,00 Sin Deducible	GFC-457 23/febrero	La póliza opera o aplica en Costa Rica y Centro América exclusivamente bajo el concepto de Red de Proveedores. Fuera de esta zona geográfica opera por reembolso. A partir de los 70 años la cobertura baja a $ 60.000.00 – (sesenta mil). Esta póliza está limitado sólo a las personas que se registraban como aseguradas al 22 de febrero 2016.
(3) INS-MEDICAL REGIONAL CON DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	$200.000,00 Deducible $ 300	GFC-463 23/febrero	La póliza opera o aplica en Costa Rica y Centro América bajo el sistema de proveedores. Fuera de esta zona geográfica opera por reembolso. Aplica un deducible de $ 300 o de $ 500 por persona por año póliza; que una vez superado (como gastos contabilizados, pero no sujetos de cobertura) se podrá hacer uso de la póliza normalmente. El cómputo o registro de deducible es POR PERSONA POR AÑO POLIZA. En un grupo familiar asegurado cada persona computa individualmente el monto del deducible; sin embargo, una vez que tres miembros agoten el deducible; al cuarto miembro se exonera del deducible, no le aplica. A partir de los 70 años la cobertura baja a $ 60.000.00.
(4) INS-MEDICAL REGIONAL CON DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	$200.000,00 Deducible $ 500	GFC-464 23/febrero	
(5) y (6) INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES, a partir del junio 2021 cambia de nombre a SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE	$2.000.000,00 Deducible: $5.000 y $ 10.000	GFG-730 (antes MEG-260) GFG-731(antes MEG-261)	La póliza opera o aplica en TODO EL MUNDO bajo el concepto de RED DE PROVEEDORES. Aplica un deducible de $ 5.000 (cinco mil) y $ 10.000 dólares por persona por año póliza; que una vez superado (como gastos contabilizados, pero no sujetos de cobertura) se podrá hacer uso de la póliza normalmente. A partir de 70 años cobertura baja a $ 600.000.00 (seiscientos mil).

Nota relevante: La afiliación a estos seguros colectivos es VOLUNTARIA; En tanto el agremiado/a se encuentre al día con la colegiatura. El tomador y facilitador es el Colegio. La administración, servicio, cobro, trámite de reclamos y demás está a cargo de los Agentes de Seguros indicados. El trámite de suscripción a la póliza y la presentación de gestiones de reclamos se efectúa en la Oficina de los Agentes, ubicada en las instalaciones del Colegio, Zapote, denominada Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento; en el horario de lunes a viernes de 8 am a 5 pm jornada continua. Las primas de estos seguros son ajustadas anualmente por el INS, según siniestralidad y otras variables.

1.2. VENTAJAS DE AFILARSE A ESTAS POLIZAS COLECTIVAS: Los seguros colectivos INS-MEDICAL cuentan con un descuento en la prima en relación con la modalidad individual (descuento que depende de la siniestralidad en el tiempo); además de otras ventajas administrativas en el tratamiento de la siniestralidad grupal versus la individual. Adicionalmente los abogados y abogadas miembros del Colegio tienen a su disposición los servicios personalizados de asesoría profesional que brinda la Oficina de Seguridad Social y Aseguramiento, Sede Central Zapote, directamente, desde 1994; puntualmente la tramitación de los reclamos médicos y todos los asuntos asociados a estos trámites; los chequeos médicos propios de cada póliza y otras pólizas colectivas e individuales del INS en diferentes líneas

1.3. QUIENES PUEDEN AFILIARSE: **El agremiado/a, quien es el/la titular del seguro y su núcleo familiar.** Se define como núcleo familiar al **" agremiado/a, su cónyuge o conviviente y sus hijos menores de 24 años".** No se permite incluir en el seguro colectivo padres, hermanos y otros del titular. Sin embargo, pueden hacerlo de forma individual. Incondicionalmente, cuando se aseguran hijos, debe asegurarse uno de los padres (abogado/a titular) o cónyuge.

1.4. MONEDA: Los montos de cobertura y las tarifas de este seguro están dadas en dólares de Estados Unidos de Norteamérica (USA). Los pagos de primas del seguro son en dólares o su equivalente en colones al tipo de cambio. Las indemnizaciones se realizan en colones o dólares. Para indemnizaciones en dólares el asegurado titular debe aportar una cuenta cliente personal en dólares.

1.5. RED DE PROVEEDORES: El seguro funciona por medio de una RED DE PROVEEDORES AFILIADOS internacional y nacional, al amparo de convenios del INS con dichas entidades. Estos convenios básicamente establecen los precios y condiciones de los diferentes servicios médicos entre partes INS-Proveedor. El asegurado escoge libremente de dicha lista de proveedores internacionales o nacionales. Sin embargo, podrá usar proveedores NO AFILIADOS A LA RED, en cuyo caso, presentará el reclamo exclusivamente por reembolso y con deducibles mayores. Este y otros aspectos se amplían y detallan en los capítulos subsiguientes.

1.6. INFORMACION OFICIAL SOBRE LA POLIZA EN LA WEB DEL COLEGIO **www.abogados.or.cr** (en adelante la web): Los contratos, formularios y demás documentos (incluido éste) los puede encontrar en la web, **sección Servicios a los Agremiados, Subsección Régimen de Seguridad Social, Seguros Colectivos de Afiliación Voluntaria.** Cuando se haga mención a documentos - Doc - nos referimos a documentos disponibles en la web del Colegio. Cada documento está debidamente numerado. Por contrato debe entenderse las condiciones generales, particulares y los adendum respectivos.

1.7. SEGUROS INDIVIDUALES. Las condiciones descritas en este documento aplican igualmente para pólizas individuales. La principal variación son las tarifas. Para individuales el costo del seguro por lo general es mayor, suponiendo riesgos similares.

1.8 NATURALEZA DE ESTE DOCUMENTO: **El presente documento NO es un contrato**. Es un documento informativo-tecno-didáctico dirigido a los agremiados/as del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica y generado por los suscritos Agentes de Seguros del INS. Contiene las principales coberturas, exclusiones y limitaciones contractuales, requisitos y condiciones de aseguramiento, aspectos operativos para hacer uso de la póliza, tablas de tarifas, deducibles, coaseguros y otros. Los textos contractuales vigentes y sus adendas los pueden localizar el asegurado en la página del Colegio www.abogados.or.cr , sección Servicios a los Agremiados, Subsección Seguridad Social; y en la del INS www.ins-cr.com o solicitarlos en cualquier momento a nuestra Oficina; en formato digital o impreso. Los instamos a leer detenidamente este documento, previo a sacar la cita para el seguro.

2. Conceptos importantes en la operativa de INS-MEDICAL.

2.1. INS-MEDICAL REGIONAL O SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE. Como parte de los ajustes del producto a finales del 2015, el INS habilitó nuevas opciones en INS-Medical con un deducible básico anual que van de $ 300 a $ 500 en el Regional y de $ 5000 / $10.000 en Colectivo Flexible. Esto para a poder ofrecer precios inferiores, comparados con las modalidades tradicionales SIN DEDUCIBLE. Para el Colegio de Abogados, se encuentran vigentes los contratos colectivos indicados en cuadro No. 1 anterior.

2.2. DEDUCIBLE ANUAL, es la suma única anual acumulable que debe cubrir el asegurado, previo a que el seguro inicie su cobertura. Las modalidades son, deducible de $ 300, $ 500 INS-Medical Regional y de $5.000 y $ 10.000 en Seguro Médico Colectivo Flexible (antes INS Medical Internacional Grandes Deducibles); y operan de la siguiente forma: una vez superado el monto de deducible indicado (como gastos presentados al INS y contabilizados, pero no sujetos de cobertura) se podrá hacer uso de la póliza normalmente. El cómputo o registro de deducible es POR PERSONA POR AÑO POLIZA; con un máximo de tres deducibles por grupo familiar. Es decir, en un grupo familiar cada persona deberá consumir o computar el monto del deducible contratado para aplicar la póliza, en cada caso. Si son más de 3 personas, la cuarta y subsiguientes no requerirán aplicar deducible.

2.3. COPAGO - es un monto fijo o porcentaje que debe asumir el asegurado directamente al recibir los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por la póliza. En lo específico, debe asumir: $ 5 por cada factura de medicamentos; $ 20 por cada consulta médica y por hospitalización el equivalente al primer día de tarifa de habitación.

2.4. COASEGURO – Se define como el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir al asegurado. Ejemplo: un proveedor autorizado cobra por el servicio $3.000 y el INS reconoce un 80 % de dicho monto. El restante 20 % lo asume el asegurado. Usualmente los precios de los servicios están previamente acordados entre el proveedor y el INS.

Los montos de deducibles anuales, los copagos y coaseguros se indican en las CONDICIONES PARTICULARES DE CADA CONTRATO y aplican a los diferentes rubros específicos de gastos para cada uno de los contratos indicados en el cuadro 1.

3. Principales Beneficios y Coberturas

3.1 ***Gastos Hospitalarios y Ambulatorios*****.** Todos los gastos por honorarios médicos, medicinas y exámenes están cubiertos con el solo pago del deducible y el porcentaje de gastos correspondiente al paciente, de acuerdo con las condiciones del contrato y al sistema elegido por el Asegurado.

3.2 ***Maternidad***. El parto, ya sea normal o con cesárea, y cualquier complicación que pudiera surgir del mismo, así como el aborto o amenaza de aborto y controles pre y post-natales están cubiertos; con los topes o sublímites que se indican en los cuadros adjuntos al final de este documento; con un **período de espera de 10 meses** después de emitido el seguro para INS-MEDICAL INTERNACIONAL y **13 meses de espera para** el REGIONAL.

3.3 ***Enfermedades Oncológicas*****.** El Cáncer está cubierto en Costa Rica, Centro América y demás países, según las condiciones normales de hospitalización o medicina ambulatoria.

3.4 ***Enfermedades Epidémicas***. Se cubre cualquier enfermedad viral, contagiosa o epidémica, incluyendo el Cólera.

3.5 ***Enfermedad Congénita para el Recién Nacido***. Está cubierta la enfermedad o defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se consideran congénitas las condiciones propias de la prematurez.

3.6 ***Prótesis Quirúrgicas*****.** Se cubren las prótesis quirúrgicamente necesarias, requeridas para cirugías, a excepción de las externas y las dentales.

3.7 ***Trasplante de Órganos***. Se cubren los trasplantes de corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado; siempre y cuando el Asegurado tenga más de 24 meses de estar Asegurado bajo el mismo contrato. Dicho período no aplicará si el trasplante es necesario producto de un accidente cubierto por la póliza

3.8 Integral de medición de la vista, fondo de ojo y presión ocular, cubierto el 100%, una vez por año, únicamente a través de la Red de Proveedores.

3.9 ***Condiciones de Prematurez***. Están cubiertos los gastos médicos incurridos por la atención médica brindada al recién nacido, con menos de 37 semanas de gestación, para atender las condiciones de prematurez hasta por el límite establecido en el contrato.

3.10 ***Gastos Ambulatorios por Accidentes***. Todos los costos razonables por estos conceptos incurridos durante las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro. Si se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del Contrato.

3.11 ***Transporte Ambulancia Aérea***. En caso de producirse una enfermedad grave o aguda o una lesión grave cubierta por este seguro y el tratamiento no pueda ser efectuado en el país donde el Asegurado esté hospitalizado, y siempre que la condición médica no le permita viajar en una línea regular, se le coordinará un transporte aéreo en un avión particular debidamente acondicionado con el personal y equipo médico adecuado. Además, se brinda la cobertura de los gastos de viaje equivalente al precio de un pasaje de avión en clase económica, para el asegurado y una persona acompañante, al domicilio del asegurado. Estos servicios no deben exceder el límite de cobertura estipulado en el contrato.

3.12 ***Transporte por Evacuación.*** Se cubren los costos razonables por traslado en ambulancia local y / o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del Territorio de Costa Rica y demás países del mundo, únicamente cuando por una emergencia cubierta por la póliza, el paciente tiene que ser evacuado, previa certificación médica, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso. *(Rige para contratos que se emitan o renuevan a partir del 01 de mayo 2006)*

3.13 ***Asistencia al Viajero.*** Ofrece servicios asistenciales a los asegurados del Seguro INS Medical, durante los viajes que realicen fuera de Costa Rica o del lugar de residencia permanente autorizado por el Instituto, cuando se requiera la prestación de cualquier servicio asistencial de los indicados en el anexo 1 del contrato. La cobertura comprende exclusivamente el tratamiento del cuadro agudo que impida la continuación del viaje. *(Rige para contratos que se emitan o renuevan a partir del 01 de mayo 2006)*

3.14 ***Accidente y enfermedades laborales.*** Cubre los gastos incurridos dentro o fuera del territorio de Costa Rica, por el tratamiento de un accidente o enfermedad laboral, o por cualquier complicación o condición resultante del accidente o enfermedad laboral, que no hayan sido reclamados bajo el Régimen de Riesgos de Trabajo. *(Rige para contratos que se emitan o renuevan a partir del 01 de mayo 2006)*

3.15 ***Práctica de Buceo y Fútbol.*** Están cubiertos los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica recreativa del buceo y fútbol específicamente, hasta la suma establecida en el contrato del seguro. Se excluyen los accidentes ocasionados por la práctica profesional de cualquiera de estos deportes. *(Rige para contratos que se emitan o renuevan a partir del 01 de mayo 2006)*

3.16 ***Repatriación por Razones Médicas.*** Si el asegurado presenta alguna emergencia en el extranjero cubierta por la póliza, y se determina que médicamente es necesario que sea evacuado y / o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar las dolencias del Asegurado; se facilitará una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea común, por la ruta más directa y adecuada

3.17 ***Repatriación de Restos Mortales***. Si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el INSTITUTO efectuará las coordinaciones correspondientes para obtener las autorizaciones gubernamentales para el transporte y / o repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta el sub-límite indicado en el contrato.

3.18 ***Prolongación de Estancia en el Extranjero por Accidente o Enfermedad.*** Cuando por prescripción médica el Asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero por un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, se cubrirá los gastos de hotel de acuerdo con los límites establecidos en el contrato.

3.19 ***Sepelio.*** Los gastos de sepelio están cubiertos siempre y cuando el fallecimiento ocurra por cualquier accidente o enfermedad cubierta por la póliza, hasta el límite que otorga el plan.

3.20 ***Beneficio de Muerte por Persona Asegurada.*** Se indemniza la suma establecida en el contrato de seguro, por la muerte de cualquiera de los Asegurados, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada por el contrato.

3.21 ***Liberación del Pago del Seguro por Fallecimiento del Asegurado Directo.*** En caso de fallecimiento del titular a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, sus dependientes inscritos se mantendrán Asegurados por un período máximo de 12 meses de seguro contados desde la próxima fecha de vencimiento anual de la póliza, sin costo alguno.

3.22 ***Chequeo General***. A partir de la SEGUNDA renovación anual del seguro, se cubre un chequeo general y oftalmológico anual, hasta por el límite que otorga el plan, únicamente a través de la Red de Proveedores.

3.23 *Cobertura odontológica de emergencia.* Se otorgará cobertura en caso de que el Asegurado sufra una emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente, en cuyo caso tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia. Misma será tratada por Odontólogos autorizados por la Red, que actualmente se llama SIGMA Dental.

4. CONDICIONES BASICAS DE ASEGURAMIENTO.

4.2. Edades de Contratación y de Cobertura

ASEGURADO	EDAD CONTRATACIÓN	EDAD COBERTURA
Asegurado directo	A partir de los 18 años	Sin límite
Cónyuge	A partir de los 18 años	Sin límite
Hijos no nacidos en el seguro (dependientes)	31 días de nacido a 24 años	Hasta los 25 años
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Hasta los 25 años

El hijo cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, podrá ser incluido en el seguro desde el primer día de nacido, siempre que presente la solicitud de aseguramiento dentro de los 30 días posteriores al nacimiento. En estos casos no se aplica el período de carencia. **Se exceptúa** de esta condición aquellos niños nacidos como resultado de un **tratamiento de infertilidad,** para quienes se deberá presentar la solicitud del seguro y seguir con el procedimiento habitual de aseguramiento.

4.2. Requisitos para el aseguramiento; extranjeros y pago de recibo de emisión del seguro.

a) Solicitud del seguro. El documento debe ser llenado por los interesados, sin errores, ni tachaduras, en letra negra o azul en nuestra Oficina con previa cita. Incondicionalmente, los adultos a asegurarse deben presentarse en la Oficina y cada uno llenar la solicitud. Los menores de edad serán incluidos en la solicitud del titular (contratante) del seguro.
b) Copia de documentos de identificación (cédula, pasaporte, ced. Residencia, otros)
c) Copia de constancia de nacimiento para los menores de edad y de matrimonio.
d) En caso de que el estado civil es distinto al matrimonio (unión libre), aportar nota aclaratoria al respecto.
e) Debe incluirse en el seguro todos los miembros del núcleo familiar (cónyuge o conviviente e hijos menores de 24 años mientras sean económicamente dependientes y estudiantes). En su defecto, justificar la no inclusión de alguno de los miembros. **Incondicionalmente, cuando se aseguran hijos, debe asegurarse uno de los padres (abogado/a titular) o cónyuge.**
f) Llenar la boleta de "Autorización para consulta expedientes médicos" para cada uno de los asegurados. Se entrega en la Oficina.
g) Formulario " Conozca su cliente" (Doc.O-22 de la web) y documentos asociados:
   i. **Comprobante de ingresos del titular del seguro** (orden patronal, CPA, última declaración de renta, otros)
   ii. Copia de recibo de servicio público con la dirección del domicilio
h) **Personas a partir de 55 años requieren exámenes médicos de oficio. El INS podrá establecer recargos en la prima del seguro o el envío de exámenes o pruebas médicas a los solicitantes; debido al estado de salud o para su verificación.**

Es lo usual, que los padecimientos declarados por el solicitante se excluyen de la cobertura del seguro. Los exámenes o pruebas médicas de verificación de salud se realizan en los centros médicos exclusivamente seleccionados y autorizados por el INS para estos fines y en los plazos que el proceso de selección otorga.

i). Los EXTRANJEROS RESIDENTES EN COSTA RICA que aún no cuenten con cédula de residencia, deben presentar una declaración jurada protocolizada, indicando: el tiempo de residir en Costa Rica, estatus migratorio y estado del proceso de residencia, calidades, domicilio; y aportar información adicional necesaria que requiera el INS para la emisión del seguro. Los extranjeros con estatus de turista no son sujetos de aseguramiento.

j). La prima o pago de emisión del seguro deberá efectuarse por parte del asegurado, en un plazo máximo de 10 días hábiles, luego que nuestra Oficina comunique lo pertinente. **De no pagarse en ese plazo el contrato es anulado de oficio, salvo razón debidamente justificada por el atraso, antes de dicho plazo, por parte del interesado y aceptada por el INS.**

4.3. Llenado de la solicitud.

a) Solicitamos a los/as interesados **leer detenidamente** el presente documento en la web del Colegio o solicitarlo a nuestra Oficina de previo, junto con la cotización del seguro. Igualmente, el contrato está disponible en la web.
b) **La formalización y llenado de la solicitud del seguro se efectúa exclusivamente en la Oficina de Seguridad Social, previa cita programada** y preferiblemente, una vez que hayan leído este documento, cuyo fin es aclarar las dudas más habituales. Insistimos en la lectura del presente documento, lo que permitirá a usted como asegurado, conocer el producto.
c) Horario de atención para llenado de solicitudes: de lunes a viernes de 8 am a 4:00 pm
d) El interesado llena de puño y letra el formulario, según lo normado por la SUGESE, excepto que por algún impedimento físico le sea dificultoso, los agentes le ayudaran en este cometido.
e) El tiempo promedio para el llenado adecuadamente es de 45 minutos. En el proceso de llenado se evacúan las dudas del caso.
f) Cada adulto del grupo familiar debe llenar la solicitud del seguro. Los menores de edad no requieren llenar la solicitud.

4.4. Período de Carencia (de espera) de la Póliza

Se denomina PERIODO DE CARENCIA, al plazo o periodo de tiempo, posterior a la entrada en vigor del seguro, en el cual existen limitaciones de **NO uso de la pòliza** o de espera para su uso de algunos eventos médicos. De tal forma que después de emitida la pòliza en **los primeros 30 días para atenciones en Costa Rica y Centro América; y de 60 días para atenciones en los demás países, NO se puede hacer uso del seguro, excepto en caso de accidentes o emergencias, tal como se define en el Contrato.**

Adicionalmente en el siguiente cuadro se detalla los PLAZOS DE CARENCIA (DE ESPERA) para los siguientes casos:

Cobertura	**INS Medical Regional Tradicional/ INS Medical Regional Deducibles $300/$500/ Seguro Medico Colectivo Flexible**
	Periodo de Carencia
*Maternidad o embarazo	Hasta diez (10) meses consecutivos antes de febrero 2016 y trece (13) meses después de esta fecha **(* ver nota al pie del cuadro para nuevos asegurados)**
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septum plastia, sinusitis, nariz y senos paranasales	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	Hasta diez (10) meses consecutivos
Asma	Hasta diez (10) meses consecutivos
***IMPORTANTE: para los nuevos asegurados de INS MEDICAL regirá un período de carencia en MATERNIDAD O EMBARAZO hasta trece (13) meses consecutivos. Ver condiciones particulares en cada caso.**	

Para el trasplante de órganos, aplica un período de carencia de 24 meses. Es decir, NO se cubre hasta después de 24 meses. Sin embargo, si el diagnóstico de trasplante se da en los primeros 60 días de vigencia de la póliza, el trasplante NO será sujeto de cobertura del todo.

4.5. Gastos NO Cubiertos y Exclusiones en el Plan Internacional y Regional
(Indicamos lo más generales. Favor leer detenidamente los contratos específicos en cada caso con el detalle)

4.5.1. Riesgos excluidos

a) Accidentes provocados intencionalmente por el asegurado.

b) Accidentes provocados por el asegurado, con o sin intención, cuando este último se encuentre bajo cualquier efecto del alcohol, drogas o estupefacientes, no prescritos por un médico u odontólogo.

c) Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre conduciendo vehículos sin la licencia correspondiente.

d) Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves.

e) El accidente o enfermedad sufrido por el asegurado a consecuencia de la comisión o tentativa de comisión de un delito doloso.

f) Deportes profesionales y deportes de alto riesgo que practiquen en forma profesional y/o remunerada como por ejemplo: rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, toreo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, pero no limitados exclusivamente a los citados en este epígrafe.

g) Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo químico, bioterrorismo, insurrección, participación en alteraciones del orden público, servicio militar de cualquier clase, actos delictivos o criminales, fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el asegurado esté directa o indirectamente participando.

4.5.2 Gastos Excluidos

a) Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogos.

b) Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades Congénitas del recién nacido.

c) Controles médicos, excepto lo indicado en la Cobertura de Chequeos.

d) Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.

e) Tratamientos experimentales.

f) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos y/o hereditarios diagnosticados antes de la inclusión en la póliza, a excepción de lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades congénitas del recién nacido.

g) Trastornos, enfermedades o deficiencias emocionales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.

h) Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos, por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluyendo las cirugías bariátricas, así como las enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.

i) Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.

j) Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.

k) Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del consumo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.

l) Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio) excepto lo establecido en la cláusula de COBERTURAS BASICAS, inciso *j) Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización*, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas).

m) Métodos anticonceptivos no quirúrgicos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva, energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.

n) Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastia; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

o) Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.

p) Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes de contacto y cualquier complicación provocada por éstos. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.

q) Prótesis dentales, excepto que sean reemplazos de piezas dentales naturales.

r) Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, cráneo mandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión cráneo mandíbular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades congénitas del recién nacido.

s) Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.

t) Consultas y/o tratamientos podiátricos. (deformidad en valgo o juanete del primer dedo del pie)

u) Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.

v) Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

w) Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.

x) Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.

y) Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionada con ello.

z) Implantación de embriones.

aa) Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.

bb) Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.

cc) Enfermedades de transmisión sexual (venéreas).

dd) Enfermedades por el virus del papiloma humano; excepto en la piel.

ee) Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.

ff) Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.

gg) Tratamientos y/o consultas realizadas por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.

hh) Servicios médicos, exámenes o medicamentos ordenados o brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que el Asegurado tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

ii) Tratamientos y/o cirugías no reconocidas por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.

jj) Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.

kk) Se excluye la práctica de cualquier deporte en forma competitiva. Asimismo, no se cubrirá ningún tipo de accidente por la práctica de deportes en forma recreativa o competitiva donde se utilicen vehículos acuáticos con motor.

5. Funcionamiento de la póliza e Información adicional

5.1. **El contrato de seguros**. Recomendamos e insistimos a los asegurados, en leer detenidamente el contrato de seguros una vez que es entregado en físico o digital en la web del Colegio disponible siempre o el INS, y consultar toda duda o incomprensión que sobre el texto contractual encuentren; o remitir; correo con las dudas específicas. **Transcurridos 15 días después de la entrega del contrato al asegurado (condiciones particulares, generales y addendas; en la emisión o renovación del contrato, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones por parte del asegurado**. Se aclara en este punto, que los suscritos Agentes de Seguros, informamos al asegurado lo más detalladamente posible de los alcances, limitaciones, coberturas, tarifas y demás aspectos del contrato de seguros y sus renovaciones, sin embargo es responsabilidad del asegurado leer minuciosamente el contrato y sus adendas y solicitar aclaración, ampliación y demás interrogantes que le surjan a los **suscritos agentes a cargo** o al INS directamente (Dpto. Centro de Gestión y Servicios de Seguros Personales del INS Tel. 2287-6008, 2287-6003) o en cualquier agencia del INS.

5.2 Recargos en la prima del seguro para asegurados que viven fuera de Costa Rica. Para aquellos asegurados del grupo familiar (cuando se incluye todo el núcleo familiar) que adquieran el seguro y decidan residir por más de 6 meses en el exterior, aplicará un recargo de un 25 % en la prima del seguro. Este recargo no aplicará en el caso de Latinoamérica, con excepción de Argentina donde si aplicará dicho recargo. Para los asegurados unipersonales este recargo será de un 100 % sobre la prima del seguro. El INS podrá solicitar al asegurado, de requerirse, una certificación de Migración para verificar plazos o tiempos de permanencia en otros países.

5.3. Asegurados y núcleo familiar completo. El asegurado directo es quien firma el contrato de seguros. Este deberá incluir en la póliza a su cónyuge o conviviente e hijos dependientes económicamente, si son estudiantes a tiempo completo y menores de 24 años.

5.4. La tarjeta de identificación del seguro y Administrador de Red de Proveedores (ARP). El INS emite una TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL en la cual se indica el nombre del asegurado y otros datos. Al dorso se indican los teléfonos a los cuales consultar con el Administrador de Red de Proveedores (ARP), en las diferentes partes del mundo y Costa Rica. Cuando se llame al ARP es indispensable tener a mano la Tarjeta a efectos de verificación de datos. El ARP son empresas con las cuales el INS ha establecido convenios para brindar el mejor servicio en el uso de este seguro en todo el mundo. Actualmente la empresa que brinda los servicios a nivel internacional es Universal Assistance. **La consulta previa al ARP es condición indispensable y requisito para que el seguro opere, salvo casos muy justificados.**

5.5. Uso de la tarjeta. La utilización de la tarjeta de identificación en los servicios de emergencia (tal y como se define en el contrato), hospitalizaciones, accidentes, cirugías programadas, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor previamente autorizadas, operaran aplicando el coaseguro y el deducible correspondiente, tanto fuera como dentro de Costa Rica, previo a la consulta y autorización del ARP.

5.6. Pago por reembolso: Para el resto de los gastos médicos, tales como medicina externa o ambulatoria (consulta, exámenes, medicamentos, tratamientos sin hospitalización, visita médica, y otros usos médicos no tipificados como emergencias), la póliza aplicará de la siguiente manera:

a. EN COSTA RICA. Exclusivamente por reembolso. Es decir, el asegurado paga el costo total de los servicios y presenta al INS el reclamo de indemnización. El asegurado tendrá la ventaja de que, si usa proveedores de la red, aplicaran los precios pre-negociados con el INS, aunque la gestión sea por reembolso.

b. FUERA DE COSTA RICA. Previo al uso de los servicios, el asegurado se comunica con el ARP, que le indicará una lista de opciones de proveedores, acorde con el lugar donde se encuentre en ese momento el asegurado. El asegurado acude a uno o varios de los proveedores, presenta su tarjeta y paga el deducible y coaseguro respectivo únicamente. Si no utiliza los proveedores de la ARP aplicará el sistema de reembolso.

c. Presentación de reclamos por reembolso. El asegurado cubre la totalidad de los gastos, llena el formulario de reclamación denominado " SOLICITUD DE BENEFICIOS" (Doc-F-5 en la web) y lo presenta en nuestra Oficina u oficinas del INS debidamente lleno por el interesado y por el médico, más los documentos originales de los gastos (facturas, prescripciones médicas, desgloses de facturas, resultado de exámenes, etc.) de servicios médicos que utilizó. Las prescripciones se refieren a las recetas médicas, o referencias de exámenes médicos u otros servicios especiales remitidos por el médico. El INS le pagará los montos correspondientes, menos los deducibles y coaseguros respectivos. Los documentos para RECLAMO deben presentarse dentro de los 60 días naturales siguientes a la realización del gasto. De no presentarse en ese plazo estos prescriben, excepto que exista una causal de fuerza mayor justificante; en cuyo caso se presenta nota al INS con la justificación, anexa al reclamo. El INS analiza y determina en cada caso lo pertinente. La gestión de reclamo, la puede hacer, preferiblemente en nuestra Oficina o cualquier sucursal del INS en todo el país. También por medio de nuestro correo electrónico insabogados@abogados.or.cr

5.7. Pagos a cuenta bancaria: **Sólo se realiza pagos de indemnizaciones a cuentas bancarias** siempre y cuando la cuenta este a nombre del ASEGURADO TITULAR, en colones y complete en el formulario de solicitud F.5 indicando el numero IBAN (22 dígitos).

5.8. Concepto de "costo razonable y acostumbrado". Todas las indemnizaciones amparadas a esta póliza se regirán por el concepto de "costo razonable y acostumbrado" definido de la siguiente manera en el contrato de seguros (Claúsula 1. Términos y definiciones, inciso 13): "*COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO. Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que, residiendo en la misma área geográfica, presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares".* Advertimos en este apartado, que cuando un proveedor fuera de la red; brinda un servicio con precio mayor o mucho mayor que el usualmente acostumbrado; el INS se regirá por lo regulado en esta definición. Esto quiere decir que si el proveedor cobró 1000 y el precio usualmente acostumbrado es 600; regirá este último para los efectos indemnizatorios. Por ello el usar proveedores de la red, en principio siempre será más beneficioso desde lo económico.

6. Particularidades operativas de la modalidad SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE

Es nuestro deber como Agentes de Seguros Profesionales y Responsables aclarar lo siguiente respecto a esta modalidad del SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE con el fin de evitar cualquier inconveniente a la hora de requerir utilizar el seguro.

6.1. Los contratos del Colegio que tienen el **deducible $5.000 y $10.000.** Esta modalidad permite escoger uno de ellos. Eso significa que la cobertura del seguro EMPEZARÁ A OPERAR O PODRÁ USARSE EL SEGURO UNA VEZ SUPERADO GASTOS CONSUMIDOS SUPERIORES AL DEDUCIBLE CONTRATADO; acorde con lo regulado al respecto.

6.2. Reporte de consumo para alcanzar monto del deducible. El asegurado deberá reportar al INS – por persona - los gastos, médicos mediante el procedimiento habitual de un "reclamo "a efectos de que se compute o registre el gasto. Una vez superado el mondo de deducible contratado; la póliza empezara a operar o funcionar normalmente. Dicho cómputo de gastos se efectuará por parte del INS bajo la norma o concepto de COSTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS DEL PAIS DONDE SE ENCUENTRE EL ASEGURADO AL OCURRIR LOS GASTOS, que hubiesen sido sujetos de cobertura del seguro. Es decir, gastos médicos NO sujetos de cobertura, no serán computados para tales efectos.

6.3 "Apuesta" por gastos mayores al deducible. En lo sustantivo esta modalidad de seguro de gastos médicos se encuentra dirigida a personas que "apuesten" por gastos médicos cuya cuantía sea superior o muy superior a los deducibles de $ 5.000 o $ 10.000 en que se ofrece la póliza, para cada uno de los asegurados y por año póliza. Se debe tener MUY claro, que gastos menores a esos deducibles NO SERÀN CUBIERTOS POR EL SEGURO. Es decir que la disposición u opción de este tipo de seguro de medico colectivo flexible es para cuando se presenten gastos médicos en un sólo evento, muy superiores a los deducibles de $5.000 o $ 10.000, o cuando, una vez superado el deducible por el acumulado de varios eventos pequeños; podemos aplicar gastos por medio del seguro.

6.4 Cómputo de deducible. El cómputo o registro de deducible es POR PERSONA POR AÑO POLIZA. Es decir, en un grupo familiar cada persona deberá consumir o computar el monto del deducible contratado para poder que aplique la póliza, en cada caso.

6.5. **Caso de embarazo y rubros de montos definidos**. La CLÁUSULA XII. COBERTURAS BASICAS (condiciones generales del contrato*):" 1.1. Gastos Sujetos a sublímites: Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona y* ***se otorgan una vez superado el deducible****, hasta los límites establecidos para cada caso y están sujetos a lo establecido en las cláusulas de Gastos Cubiertos, Periodos de Carencia, Riesgos Excluidos, Gastos Excluidos y Liquidación de Gastos y Pagos de Beneficios de esta póliza".* En resumen, para el caso de embarazo, por ejemplo, aplica de la siguiente manera: **cubrirá embarazo (superados los 13 meses de espera o carencia) en el año póliza respectivo, una vez superado el sublímate de cobertura respectivo, sea $ 5.000 o $10.000.** Sólo después de superado el deducible, acorde con el cómputo de éste; se podrán presentar gastos por embarazo u otros rubros de gastos con sublímites de cobertura.

6.6. Para más información sobre reclamos de gastos médicos los invitamos a ver el documento V-02 de la web del Colegio:

"PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS EN PÓLIZAS COLECTIVAS VOLUNTARIAS CONTRATADAS POR EL COLEGIO DE ABOGADOS DE COSTA RICA (Doc. No. V 2, Actualizado 22/02/2021)"

7. Tarifas semestrales vigentes

INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVA GFG-457 / GFG-463/ GFGG-464

INS Medical Regional $200.000						
Primas Colectivas Semestrales Período Del febrero 2022 – febrero 2023						
Edad	Tradicional (GFG-457)		Deducible de $300 (GFG-463)		Deducible de $500 (GFG-464)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Niños 0-10	$ 460	$ 460	$ 331	$ 331	$ 298	$ 298
11-18	$ 889	$ 1 036	$ 659	$ 767	$ 600	$ 698
19-25	$ 931	$ 1 110	$ 697	$ 830	$ 637	$ 759
26-29	$ 986	$ 1 188	$ 741	$ 893	$ 680	$ 819
30-34	$ 1 091	$ 1 336	$ 824	$ 1 008	$ 756	$ 925
35-39	$ 1 259	$ 1 536	$ 941	$ 1 149	$ 862	$ 1 051
40-44	$ 1 362	$ 1 695	$ 1 008	$ 1 255	$ 919	$ 1 144
45-49	$ 1 626	$ 1 823	$ 1 204	$ 1 349	$ 1 100	$ 1 232
50-54	$ 1 866	$ 2 121	$ 1 387	$ 1 577	$ 1 270	$ 1 443
55-59	$ 2 139	$ 2 300	$ 1 559	$ 1 719	$ 1 430	$ 1 578
60-64	$ 2 629	$ 2 657	$ 1 982	$ 2 003	$ 1 828	$ 1 847
65-69	$ 3 163	$ 3 111	$ 2 412	$ 2 373	$ 2 237	$ 2 201
70-75	$ 4 061	$ 3 976	$ 3 157	$ 3 091	$ 2 956	$ 2 894
76-80	$ 5 702	$ 5 380	$ 4 513	$ 4 258	$ 4 258	$ 4 018
Más de 80	$ 7 983	$ 7 532	$ 8 491	$ 8 011	$ 8 539	$ 8 057

Las tarifas están dadas para riesgo normal e incluyen el IVA. Se aplicarán recargos cuando exista sobrepeso, enfermedades declaradas y preexistentes, oficios y/o actividades riesgosas, entre otros. Las tarifas anteriores son las vigentes para el Colegio de Abogados (as). Estas podrán aumentar según los estudios de siniestralidad y aumento de los servicios médicos.

ACTUALMENTE SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE A PARTIR JUNIO 2021
ANTES INS MEDICAL GRANDES DEDUCIBLES

SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE $2.000.000 GFG-730 DEDUCIBLE $5.000		
Tarifa SEMESTRAL JUNIO 2022 A JUNIO 2023		
Edad	**Hombre con IVA**	**Mujer con IVA**
0-10	422	422
11-18	422	422
19-25	451	451
26-29	518	518
30-34	727	727
35-39	922	922
40-44	956	956
45-49	990	990
50-54	1 124	1 124
55-59	1 606	1 606
60-64	1 903	1 903
65-69	2 284	2 284
70-75	1 233	1 233
76-80	1 775	1 775
81 en adelante	2 663	2 663

SEGURO MEDICO COLECTIVO FLEXIBLE $2.000.000 GFG -731 DEDUCIBLE $10.000		
Tarifa SEMESTRAL JUNIO 2022 A JUNIO 2023		
Edad	**Hombre con IVA**	**Mujer con IVA**
0-10	336	336
11-18	336	336
19-25	360	360
26-29	414	414
30-34	581	581
35-39	736	736
40-44	763	763
45-49	792	792
50-54	898	898
55-59	1 282	1 282
60-64	1 519	1 519
65-69	1 823	1 823
70-75	985	985
76-80	1 418	1 418
81 en adelante	2 127	2 127

ACLARACIONES SOBRE LOS CUADROS DE PRIMAS Y PROCESO DE ASEGURAMIENTO:

- ✓ Las tarifas indicadas son OFICIALES DEL INS PARA EL COLEGIO, y rigen para el 2017 o hasta la fecha de vencimiento anual de cada póliza.Las primas se pagan en dólares USA (US$) o su equivalente en colones.
- ✓ Para la estimación de edad se toma la más próxima (anterior o siguiente). Ejemplo: persona cumple 45 años el 5 de julio 2017. La póliza renueva el 22 de febrero 2017. En la renovación la edad a considerar será 45 años. Si esa persona cumpliera años el 27 de julio 2017; la edad a considerar es 46 años. La regla es 6 meses + 1 día; edad próxima siguiente; menos de 6 meses edad próxima anterior; en relación con la fecha de renovación del seguro.
- ✓ Las tarifas semestrales anteriores tienen incluido un **5 % de recargo por pago fraccionado**, respecto a la prima anual y están dadas para riesgo normal en las personas.
- ✓ A las tarifas indicadas, se aplicarán recargos cuando exista sobrepeso, delgadez, enfermedades declaradas de alto riesgo, oficios y o actividades riesgosas, entre otros, en cada caso particular, que se determinan en el proceso de selección de riesgo y que se ha comunicado mediante adendas a los asegurados.
- ✓ Las presentes tarifas estarán sujetas a incrementos o ajustes por parte del INS, con base en criterios comerciales, siniestralidad de cada póliza y otros. Dichos incrementos de suceder se estarán comunicando por parte del INS o nuestra Oficina con previa antelación a la próxima renovación anual de la póliza. Esto una vez que nuestra Oficina reciba la información oficial del INS.
- ✓ Cuando un asegurado, decida trasladarse de una modalidad de seguro individual a otra, superior o inferior en monto asegurado; se debe llenar documentación nuevamente. Se mantendrán los recargos que se definieron en la emisión original del seguro. Además, el INS efectúa un estudio particular de siniestralidad en estos casos. El INS podrá denegar el traslado de una póliza de monto menor a una de mayor monto asegurado o imponer recargos; si el historial siniestral es adverso.

INS MEDICAL REGIONAL – SIN DEDUCIBLE

INS Medical Regional Colectivo	
ESQUEMA TRADICIONAL	
COLEGIO DE ABOGADOS	
RENOVACION FEBRERO 2020	
Póliza N° 02 01 GFG 457	
Beneficios y coberturas	
Beneficio máximo anual por persona	$200 000
A partir de los 70 años	$60 000
Coberturas básicas	
1-Cobertura de gastos médicos	
Gastos médicos sujetos a sublímites	
Parto normal, aborto	$3 000
Complicaciones durante el embarazo	$1 000
Cesárea o parto múltiple	$3 500
Trasplante de órganos	$200 000
Trasplante de órganos a partir de los 70 años	$60 000
Prótesis quirúrgicas	$200 000
Prótesis quirúrgicas a partir de los 70 años	$60 000
Aparatos de apoyo (según contrato)	$10 000
Enfermedades congénitas del recién nacido	$25 000
Prematurez	$100 000
Enfermedades pandémicas y epidémicas	$7 500
Práctica recreativa de buceo	$200 000
Práctica recreativa de buceo a partir de los 70 años	$60 000
Práctica recreativo de fútbol	$10 000
Transporte en ambulancia aérea	$25 000
Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos	$1 000
Deportes (indicados en contrato)	$10 000
Cuidados a domicilio por personal de enfermería	Máximo 30 días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.
Ambulancia terrestre	Previa coordinación con el Administrador de Red y siempre que sea medicamente justificada su utilización.
Tratamiento de fisioterapia o terapias afines	Máximo 20 sesiones por evento
Servicios médicos y quirúrgicos	Cubierto según contrato
Cirugías ambulatorias	Cubierto según contrato
Quimioterapias, radioterapias, diálisis	Cubierto según contrato
Medicamentos ambulatorios y durante una hospitalización	Cubierto según contrato
Cuidados intensivos	Cubierto según contrato
Exámenes de laboratorios, rayos X, ultrasonidos, resonancias magnéticas y otros exámenes de diagnósticos	Cubierto según contrato
Gastos médicos sujetos a condiciones especiales	
Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24horas)	100%
Transporte por evacuación (C.R. y Centroamérica)	100%
Emergencias durante viajes en el extranjero	Según contrato
Evacuación y/o repatriación por razones médicas	Según contrato
Repatriación de restos mortales	$2 500
Prolongación de estancia por accidente o enfermedad del asegurado en el extranjero **(máximo 10 días, monto fijo)**	$100 diarios
2-Cobertura de asistencia al viajero	Máximo $10,000 según contrato
3-Cobertura de chequeos (TODO EL GRUPO)	
Chequeo general una vez al año (sólo a través de la Red de Proveedores). Para los asegurados incluidos antes del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la renovación anual (se reconocerá el tiempo transcurrido desde su inclusión). Para los asegurados incluidos a partir del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la segunda renovación anual considerando la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
Chequeo oftalmológico (sólo a través de la Red de Proveedores). Para los asegurados incluidos antes del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la inclusión del asegurado en la póliza. Para los asegurados incluidos a partir del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la segunda renovación anual considerando la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
4-Cobertura por fallecimiento (TODO EL GRUPO)	
Muerte	$2 500
Sepelio	$2 500
Liberación del pago del seguro por fallecimiento	Según contrato
5- Cobertura dental por emergencia	Según contrato

INS Medical Regional Colectivo	
ESQUEMA TRADICIONAL	
COLEGIO DE ABOGADOS	
RENOVACION FEBRERO 2020	
Póliza N° 02 01 GFG 457	
Beneficios y coberturas	
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo
GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN	
Dentro de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica y Preautorizado (Pago Directo).	
Deducible hospitalario	Primer día de tarifa de habitación
Superado el deducible, al 90% de los primeros	$5 000
El exceso será cubierto al	100%
Dentro de la Red de Proveedores, sin pre-autorización: el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencia y accidente.	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Deducible hospitalario	Primer día de tarifa de habitación, mínimo $200
Superado el deducible, al 80% de los primeros	$20 000
Exceso cubierto al	100%
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	$800
Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Por Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica).	
Deducible hospitalario	Primer día de tarifa de habitación, mínima $1,000
Superado el deducible, al 70% de los primeros	$20 000
Exceso cubierto al	100%
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	$1 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	$1 500
GASTOS AMBULATORIOS	
Dentro de la Red de Atención Médica Primaria (según anexo)	
Gastos por Red de Atención Médica Primaria según anexo	100%
Dentro de la Red de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica, preautorizado (pago directo)	
Deducible por consulta	$10 por visita
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostrumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostrumbrado
Superado el deducible, los demás gastos se cubren al	90%
Fuera de Red de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Deducible por consulta	$20 por visita
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostrumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostrumbrado
Superado el deducible, los demás gastos se cubren al	80%
Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica).	
Deducible por consulta	$30 por visita
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostrumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostrumbrado
Superado el deducible, los demás gastos se cubren al	70%

INS MEDICAL REGIONAL – CON DEDUCIBLES $300/$500/$1000

INS Medical Regional Colectivo	
COLEGIO DE ABOGADOS	
RENOVACION FEBRERO 2020	
Póliza N° 02-01-GFG-463	
Beneficios y coberturas	
Beneficio máximo anual por persona	$200 000
A partir de los 70 años	**$60 000**
Coberturas básicas	
1-Cobertura de gastos médicos	
Gastos médicos sujetos a sublímites	
Parto normal, aborto	$3 000
Complicaciones durante el embarazo	$1 000
Cesárea o parto múltiple	$3 500
Trasplante de órganos	$200 000
Trasplante de órganos a partir de los 70 años	**$60 000**
Prótesis quirúrgicas	$200 000
Prótesis quirúrgicas a partir de los 70 años	$60 000
Aparatos de apoyo (según contrato)	$10 000
Enfermedades congénitas del recién nacido	$25 000
Prematurez	$100 000
Enfermedades pandémicas y epidémicas	$7 500
Práctica recreativa de buceo	$200 000
Práctica recreativa de buceo a partir de los 70 años	$60 000
Práctica recreativo de fútbol	$10 000
Transporte en ambulancia aérea	$25 000
Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos	$1 000
Deportes (indicados en contrato)	$10 000
Cuidados a domicilio por personal de enfermería	Máximo 30 días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.
Ambulancia terrestre	Previa coordinación con el Administrador de Red y siempre que sea medicamente justificada su utilización.
Tratamiento de fisioterapia o terapias afines	Máximo 20 sesiones por evento
Servicios médicos y quirúrgicos	Cubierto según contrato
Cirugías ambulatorias	Cubierto según contrato
Quimioterapias, radioterapias, diálisis	Cubierto según contrato
Medicamentos ambulatorios y durante una hospitalización	Cubierto según contrato
Cuidados intensivos	Cubierto según contrato
Exámenes de laboratorios, rayos X, ultrasonidos, resonancias magnéticas y otros exámenes de diagnósticos	Cubierto según contrato
Gastos médicos sujetos a condiciones especiales	
Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24horas)	100%
Transporte por evacuación (C.R. y Centroamérica)	100%
Emergencias durante viajes en el extranjero	Según contrato
Evacuación y/o repatriación por razones médicas	Según contrato
Repatriación de restos mortales	$2 500
Prolongación de estancia por accidente o enfermedad del asegurado en el extranjero **(máximo 10 días, monto fijo)**	$100 diarios
2-Cobertura de asistencia al viajero	Máximo $10,000 según contrato
3-Cobertura de chequeos (TODO EL GRUPO)	
Chequeo general una vez al año (sólo a través de la Red de Proveedores). Para los asegurados incluidos antes del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la renovación anual (se reconocerá el tiempo transcurrido desde su inclusión). Para los asegurados incluidos a partir del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la segunda renovación anual considerando la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
Chequeo oftalmológico (sólo a través de la Red de Proveedores). Para los asegurados incluidos antes del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la inclusión del asegurado en la póliza. Para los asegurados incluidos a partir del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la segunda renovación anual considerando la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
4-Cobertura por fallecimiento (TODO EL GRUPO)	
Muerte	$2 500
Sepelio	$2 500
Liberación del pago del seguro por fallecimiento	Según contrato
5- Cobertura dental por emergencia	Según contrato
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	**A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo**
DEDUCIBLE ANUAL. Máximo 3 deducibles por familia. (Aplica para gastos de hospitalización y ambulatorios).	
Acumulación de deducible anual: A los gastos cubiertos se aplicará el copago y coaseguro, según corresponda. Al resultado de esta liquidación se rebajará del deducible anual elegido.	$300
GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN	
Dentro de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica y Preautorizado (Pago Directo).	
Copago hospitalario (por persona y por cada hospitalización)	Primer día de tarifa de habitación (cuarto normal o cuidados intensivos), según costo razonable y acostumbrado
Rebajado el copago hospitalario se aplica un coaseguro del	**20%**
Rebajado el copago hospitalario y el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	**$300**

INS Medical Regional Colectivo	
COLEGIO DE ABOGADOS	
RENOVACION FEBRERO 2020	
Póliza N° 02-01-GFG-463	
Beneficios y coberturas	
Dentro de la Red de Proveedores, sin pre-autorización: el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencia y accidente.	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Copago hospitalario (por persona y por cada hospitalización)	Primer día de tarifa de habitación según el costo razonable y acostumbrado
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	$800
Rebajado el copago hospitalario se aplica un coaseguro del	**30%**
Rebajado el copago hospitalario y el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	**$300**
Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Por Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica).	
Copago hospitalario (por persona y por cada hospitalización)	Primer día de tarifa de habitación de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado de la región
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	$1 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	$1 500
Rebajado el copago hospitalario se aplica un coaseguro del	**30%**
Rebajado el copago hospitalario y el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	**$300**
GASTOS AMBULATORIOS	
Dentro de la Red de Atención Médica Primaria (según anexo)	
Gastos por Red de Atención Médica Primaria según anexo	100%
Dentro de la Red de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica, preautorizado (pago directo)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostumbrado
2- Medicamentos:	
Copago para Medicamentos (se aplica por factura)	$5
Rebajado el copago se aplica un coaseguro del	**30%**
3- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	**20%**
Para los 3 puntos anteriores, rebajado el copago y/o el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	**$300**
Fuera de la red de Proveedores, en Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostumbrado
2- Medicamentos:	
Copago para Medicamentos (se aplica por factura)	$5
Rebajado el copago se aplica un coaseguro del	**30%**
3- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	**30%**
Para los 3 puntos anteriores, rebajado el copago y/o el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	**$300**
Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostumbrado
2- Medicamentos:	
Copago para Medicamentos (se aplica por factura)	$5
Rebajado el copago se aplica un coaseguro del	**30%**
3- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	**30%**
Para los 3 puntos anteriores, rebajado el copago y/o el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	**$300**

INS Medical Regional Colectivo	
COLEGIO DE ABOGADOS	
RENOVACION FEBRERO 2020	
Póliza N° 02-01-GFG-464	
Beneficios y coberturas	
Beneficio máximo anual por persona	$200 000
A partir de los 70 años	$60 000
Coberturas básicas	
1-Cobertura de gastos médicos	
Gastos médicos sujetos a sublímites	
Parto normal, aborto	$3 000
Complicaciones durante el embarazo	$1 000
Cesárea o parto múltiple	$3 500
Trasplante de órganos	$200 000
Trasplante de órganos a partir de los 70 años	$60 000
Prótesis quirúrgicas	$200 000
Prótesis quirúrgicas a partir de los 70 años	$60 000
Aparatos de apoyo (según contrato)	$10 000
Enfermedades congénitas del recién nacido	$25 000
Prematurez	$100 000
Enfermedades pandémicas y epidémicas	$7 500
Práctica recreativa de buceo	$200 000
Práctica recreativa de buceo a partir de los 70 años	$60 000
Práctica recreativo de fútbol	$10 000
Transporte en ambulancia aérea	$25 000
Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos	$1 000
Deportes (indicados en contrato)	$10 000
Cuidados a domicilio por personal de enfermería	Máximo 30 días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.
Ambulancia terrestre	Previa coordinación con el Administrador de Red y siempre que sea medicamente justificada su utilización.
Tratamiento de fisioterapia o terapias afines	Máximo 20 sesiones por evento
Servicios médicos y quirúrgicos	Cubierto según contrato
Cirugías ambulatorias	Cubierto según contrato
Quimioterapias, radioterapias, diálisis	Cubierto según contrato
Medicamentos ambulatorios y durante una hospitalización	Cubierto según contrato
Cuidados intensivos	Cubierto según contrato
Exámenes de laboratorios, rayos X, ultrasonidos, resonancias magnéticas y otros exámenes de diagnósticos	Cubierto según contrato
Gastos médicos sujetos a condiciones especiales	
Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24horas)	100%
Transporte por evacuación (C.R. y Centroamérica)	100%
Emergencias durante viajes en el extranjero	Según contrato
Evacuación y/o repatriación por razones médicas	Según contrato
Repatriación de restos mortales	$2 500
Prolongación de estancia por accidente o enfermedad del asegurado en el extranjero (máximo 10 días, monto fijo)	$100 diarios
2-Cobertura de asistencia al viajero	Máximo $10,000 según contrato
3-Cobertura de chequeos (TODO EL GRUPO)	
Chequeo general una vez al año (sólo a través de la Red de Proveedores). Para los asegurados incluidos antes del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la renovación anual (se reconocerá el tiempo transcurrido desde su inclusión). Para los asegurados incluidos a partir del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la segunda renovación anual considerando la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
Chequeo oftalmológico (sólo a través de la Red de Proveedores). Para los asegurados incluidos antes del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la inclusión del asegurado en la póliza. Para los asegurados incluidos a partir del 23/02/2016: el chequeo aplica a partir de la segunda renovación anual considerando la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	100%
4-Cobertura por fallecimiento (TODO EL GRUPO)	
Muerte	$2 500
Sepelio	$2 500
Liberación del pago del seguro por fallecimiento	Según contrato
5- Cobertura dental por emergencia	Según contrato
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo
DEDUCIBLE ANUAL. Máximo 3 deducibles por familia. (Aplica para gastos de hospitalización y ambulatorios).	
Acumulación de deducible anual: A los gastos cubiertos se aplicará el copago y coaseguro, según corresponda. Al resultado de esta liquidación se rebajará del deducible anual elegido.	$500
GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN	
Dentro de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica y Preautorizado (Pago Directo).	
Copago hospitalario (por persona y por cada hospitalización)	Primer día de tarifa de habitación (cuarto normal o cuidados intensivos), según costo razonable y acostumbrado
Rebajado el copago hospitalario se aplica un coaseguro del	20%
Rebajado el copago hospitalario y el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	$500

INS Medical Regional Colectivo	
COLEGIO DE ABOGADOS	
RENOVACION FEBRERO 2020	
Póliza N° 02-01-GFG-464	
Beneficios y coberturas	
Dentro de la Red de Proveedores, sin pre-autorización: el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencia y accidente.	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Copago hospitalario (por persona y por cada hospitalización)	Primer día de tarifa de habitación según el costo razonable y acostumbrado
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	$800
Rebajado el copago hospitalario se aplica un coaseguro del	30%
Rebajado el copago hospitalario y el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	$500
Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Por Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica).	
Copago hospitalario (por persona y por cada hospitalización)	Primer día de tarifa de habitación de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado de la región
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	$1 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	$1 500
Rebajado el copago hospitalario se aplica un coaseguro del	30%
Rebajado el copago hospitalario y el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	$500
GASTOS AMBULATORIOS	
Dentro de la Red de Atención Médica Primaria (según anexo)	
Gastos por Red de Atención Médica Primaria según anexo	100%
Dentro de la Red de Proveedores en Costa Rica y Centroamérica, preautorizado (pago directo)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostumbrado
2- Medicamentos:	
Copago para Medicamentos (se aplica por factura)	$5
Rebajado el copago se aplica un coaseguro del	30%
3- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	20%
Para los 3 puntos anteriores, rebajado el copago y/o el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	$500
Fuera de la red de Proveedores, en Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostumbrado
2- Medicamentos:	
Copago para Medicamentos (se aplica por factura)	$5
Rebajado el copago se aplica un coaseguro del	30%
3- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	30%
Para los 3 puntos anteriores, rebajado el copago y/o el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	$500
Fuera de Costa Rica y Centroamérica (Reembolso y con los costos razonables y acostumbrados de Centroamérica)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo razonable y acostumbrado
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo razonable y acostumbrado
2- Medicamentos:	
Copago para Medicamentos (se aplica por factura)	$5
Rebajado el copago se aplica un coaseguro del	30%
3- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	30%
Para los 3 puntos anteriores, rebajado el copago y/o el coaseguro se aplica el deducible anual o se acumula según corresponda	$500

Seguro Medico Colectivo Flexible a partir de JUNIO 2021
Antes Seguro INS Medical Internacional Colectivo $2.000.000 Grandes Deducibles
Deducible $5000 –
Cobertura máxima por persona $2.000.000 y cobertura máxima por persona mayor 70 años: $600.000

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	**Anual Renovable**	**$2.000.000**
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	Anual Renovable	$600.000
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Ámbito de Cobertura	Internacional	
Deducible Anual por Persona	$5.000	
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (Reembolso)	**Fuera de Red de Proveedores (reembolso)**	
Aplica por Asegurado, por año póliza. En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.		
Gastos Hospitalarios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	**Fuera de Red de Proveedores (reembolso)**	
Aplica por Asegurado, por año póliza. En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.		
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: $8.000 en Costa Rica y Centroamérica / $1.500 en el Resto del Mundo		
Coaseguro		
Gastos ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (reembolso)	**Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)**	
Costa Rica	**Costa Rica y Centroamérica**	
0% Atención Médica Virtual de Primer Nivel Ambulatorio 0% Atención a través de la Red de Servicios Médicos del Instituto	80% coaseguro	
Costa Rica y Centroamérica		
90% coaseguro		
Resto del mundo (Pago directo)	**Resto del mundo (Reembolso)**	
90% coaseguro	80% coaseguro)	
Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%.		
Servicio de medicina virtual incluido, ver Anexo de Utilización del Seguro.		
Gastos hospitalarios		
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo)	**Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)**	
Costa Rica y Centroamérica	**Costa Rica y Centroamérica**	
En exceso del deducible los gastos serán cubiertos al 100%	Superado el deducible, al 80% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de $15.000 Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	
Resto del Mundo (Pago Directo)	**Resto del mundo**	
Superado el deducible, al 80% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de $15.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	Superado el deducible, al 70% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de $15.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	

Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	**Menores de 70 años, hasta $2.000.000** **A partir de los 70 años $600.000**	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o

Gastos médicos por hospitalización y cirugía		Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	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.
Prótesis Quirúrgicas	**Menores de 70 años, hasta $2.000.000** **A partir de los 70 años $600.000**	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.
Parámetros de servicio			
Gastos ambulatorios por accidente		Cubierto al 100% las primeras 24 horas de ocurrido el accidente. En este rubro no aplica período de carencia.	
Laboratorio, rayos X, exámenes especiales		Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.	
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anestesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)		Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.	
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios		Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.	
Visita médica intrahospitalaria de especialista		Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria / Máximo cubierto $150 por médico	
Visita médica intrahospitalaria de especialista en unidad de cuidados intensivos		Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria/Máximo cubierto $300 por médico	

Detalle de Coberturas Sublimitadas		
Coberturas sublimitadas	**Monto máximo**	**Período de carencia**
Chequeo médico general * (Todo el grupo)	Al 100% Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
Chequeo oftalmológico*(Todo el grupo)	Al 100% Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
Maternidad*	$3.500 Complicaciones durante el embarazo $1.500 Cesárea o parto múltiple $4.500	10 meses
Asistencia al viajero ***	Según anexo, Hasta $10.000 por viaje (sólo coordinado con la red)	No aplica carencia
Emergencias durante viajes al extranjero *	Sólo coordinado con la red	60 días
Evacuación y/o repatriación por razones médicas****	Según contrato	60 días
Repatriación de restos mortales+	$5.000	60 días
Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad (máximo 10 días monto fijo) +	$100 diarios	60 días
Cobertura odontológica por emergencia^	Según contrato	No aplica carencia
Transporte por evacuación (Aplica sólo en Centroamérica) >	100%	30 días mínimo y según el padecimiento

***A estas coberturas no se les aplica deducible anual ni coaseguro**
***** No aplica deducible anual ni coaseguro. Aplica deducible de $75 por viaje y por asegurado.**
******Opera superado el deducible anual y aplica coaseguros.**
+ No aplica deducible anual ni coaseguros, cubre de acuerdo con el sublímite.
^No aplica deducible
>Opera superado el deducible anual

Coberturas Sujetas a Sublímite

(Cubiertas después de asumir el deducible, y el coaseguro se aplica según lo negociado)		
Coberturas sublimitadas	**Monto máximo**	**Período de carencia**
Aparatos de apoyo	Hasta $10.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Tratamiento de enfermedades mentales	Hasta $1.000 (por reembolso)	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Transporte en ambulancia aérea	Hasta $30.000 por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.	Hasta $50.000 Terapias Hasta $5.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión
Prematurez	Hasta $ 100.000 Terapias Hasta $10.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión
Cobertura por fallecimiento	Muerte Hasta $5.000 Sepelio $5.000 Liberación del pago del seguro por fallecimiento del asegurado Directo Según contrato	Máximo 12 meses
Deportes	Hasta $10.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de buceo	Hasta $2.000.000 A partir de los 70 años $600.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de fútbol	Hasta $ 10.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta $15.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo	

Coberturas Anual Renovable
A partir de la inclusión del asegurado en la póliza
Aplica deducible, coaseguro según corresponda.

Coberturas sublimitadas	Monto máximo	Período de carencia
Monto para menores de 70 años		
Trasplante de órganos	$500.000	24 meses
Monto para mayores de 70 años		
Trasplante de órganos	$150.000	24 meses

Deducible $10.000 - Cobertura máxima por persona $2.000.000 y cobertura máxima por persona mayor 70 años: $600.000

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	**Anual Renovable**	**$2.000.000**
Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años	Anual Renovable	$600.000
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COASEGURO CONTRATADO		
Modalidad	Colectiva	
Ámbito de Cobertura	Internacional	
Deducible Anual por Persona	$10.000	
Deducible anual		
Gastos Ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (Reembolso)	**Fuera de Red de Proveedores (reembolso)**	
Aplica por Asegurado, por año póliza. En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.		
Gastos Hospitalarios		
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)	**Fuera de Red de Proveedores (reembolso)**	
Aplica por Asegurado, por año póliza. En caso de que, en un mismo evento, dos o más miembros de un núcleo familiar asegurado se vean afectados, operará solamente un deducible.		
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: $8.000 en Costa Rica y Centroamérica / $1.500 en el Resto del Mundo		
Coaseguro		
Gastos ambulatorios		
Dentro de Red de Proveedores (reembolso)	**Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)**	
Costa Rica	**Costa Rica y Centroamérica**	
0% Atención Médica Virtual de Primer Nivel Ambulatorio 0% Atención a través de la Red de Servicios Médicos del Instituto	80% coaseguro	
Costa Rica y Centroamérica		
90% coaseguro		
Resto del mundo (Pago directo)	**Resto del mundo (Reembolso)**	
90% coaseguro	80% coaseguro)	
Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%.		
Servicio de medicina virtual incluido, ver Anexo de Utilización del Seguro.		
Gastos hospitalarios		
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo)	**Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)**	
Costa Rica y Centroamérica	**Costa Rica y Centroamérica**	
En exceso del deducible los gastos serán cubiertos al 100%	Superado el deducible, al 80% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de $10.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	
Resto del Mundo (Pago Directo)	**Resto del mundo**	
Superado el deducible, al 80% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de $10.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	Superado el deducible, al 70% los gastos serán cubiertos hasta por la suma de $10.000. Y el exceso de esta suma será cubierto al 100%.	

Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	**Menores de 70 años, hasta $2.000.000** **A partir de los 70 años $600.000**	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos

Gastos médicos por hospitalización y cirugía		Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	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.
Prótesis Quirúrgicas	**Menores de 70 años, hasta $2.000.000** **A partir de los 70 años $600.000**	Coaseguro, según lo indicado en el esquema contratado.	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.
Parámetros de servicio			
Gastos ambulatorios por accidente			Cubierto al 100% las primeras 24 horas de ocurrido el accidente. En este rubro no aplica período de carencia.
Laboratorio, rayos X, exámenes especiales			Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anestesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)			Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios			Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Visita médica intrahospitalaria de especialista			Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria / Máximo cubierto $150 por médico
Visita médica intrahospitalaria de especialista en unidad de cuidados intensivos			Aplicación de coaseguro o deducible según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria/Máximo cubierto $300 por médico
Detalle de Coberturas Sublimitadas			

Coberturas sublimitadas	Monto máximo	Período de carencia
Chequeo médico general * (Todo el grupo)	Al 100% Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
Chequeo oftalmológico*(Todo el grupo)	Al 100% Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
Maternidad*	$3.500 Complicaciones durante el embarazo $1.500 Cesárea o parto múltiple $4.500	10 meses
Asistencia al viajero ***	Según anexo, Hasta $10.000 por viaje (sólo coordinado con la red)	No aplica carencia
Emergencias durante viajes al extranjero *	Sólo coordinado con la red	60 días
Evacuación y/o repatriación por razones médicas****	Según contrato	60 días
Repatriación de restos mortales+	$5.000	60 días
Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad (máximo 10 días monto fijo) +	$100 diarios	60 días
Cobertura odontológica por emergencia^	Según contrato	No aplica carencia
Transporte por evacuación (Aplica sólo en Centroamérica) >	100%	30 días mínimo y según el padecimiento

***A estas coberturas no se les aplica deducible anual ni coaseguro**
***** No aplica deducible anual ni coaseguro. Aplica deducible de $75 por viaje y por asegurado.**
******Opera superado el deducible anual y aplica coaseguros.**
+ No aplica deducible anual ni coaseguros, cubre de acuerdo con el sublímite.
^No aplica deducible
>Opera superado el deducible anual

Coberturas Sujetas a Sublímite
(Cubiertas después de asumir el deducible, y el coaseguro se aplica según lo negociado)

Coberturas sublimitadas	Monto máximo	Período de carencia

Aparatos de apoyo	Hasta $10.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
Tratamiento de enfermedades mentales	Hasta $1.000 (por reembolso)	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Transporte en ambulancia aérea	Hasta $30.000 por año póliza	30 días mínimo y según el padecimiento
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.	Hasta $50.000 Terapias Hasta $5.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión
Prematurez	Hasta $ 100.000 Terapias Hasta $10.000	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión
Cobertura por fallecimiento	Muerte Hasta $5.000 Sepelio $5.000 Liberación del pago del seguro por fallecimiento del asegurado Directo Según contrato	Máximo 12 meses
Deportes	Hasta $10.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de buceo	Hasta $2.000.000 A partir de los 70 años $600.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Práctica recreativa de fútbol	Hasta $ 10.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta $15.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo	

Coberturas Anual Renovable
A partir de la inclusión del asegurado en la póliza
Aplica deducible, coaseguro según corresponda.

Coberturas sublimitadas	Monto máximo	Período de carencia
Monto para menores de 70 años		
Trasplante de órganos	$500.000	24 meses
Monto para mayores de 70 años		
Trasplante de órganos	$150.000	24 meses