



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

El **"INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS"**, cédula jurídica número 400000-1902-22, (denominado en adelante el **"INSTITUTO"**), emite la presente póliza de acuerdo con las condiciones particulares y generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante, (denominado en adelante **"ASEGURADO DIRECTO"**) en la solicitud de seguro, en los exámenes médicos y en el registro de siniestralidad de las pólizas anteriores si las hubiere, a la emisión de esta póliza.

Las Condiciones Particulares tiene prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el **"ASEGURADO DIRECTO"** o el **CONTRATANTE** deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando en un aniversario de la misma, notifique por escrito al **"INSTITUTO"** su deseo de no continuar con el seguro o bien el **"INSTITUTO"** se exprese contrario a la renovación.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas en cualesquiera de las Sedes del INSTITUTO.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Cédula Jurídica No. 400000-1902-22

GERENTE



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

**CONTRATO VÁLIDO A PARTIR DEL 01
DE ENERO DE 2007**

**CLÁUSULA I
BASES DEL CONTRATO**

El “INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS”, cédula jurídica número 4-00000-1902-22 (denominado en adelante “INSTITUTO”) emite la presente póliza de acuerdo con las condiciones particulares y generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante (denominado en adelante “ASEGURADO DIRECTO”) en la solicitud del seguro, en los exámenes médicos y en el registro de siniestralidad de las pólizas anteriores si las hubiere, a la emisión de esta póliza.

**CLÁUSULA II
ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN ESTE
CONTRATO**

Constituyen este contrato: la solicitud de seguro, las condiciones particulares y generales, así como los addenda; los cuales son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

**CLÁUSULA III
DEFINICIONES**

1. Accidente

Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista.

2. Año Póliza

Es el período comprendido entre la fecha de emisión y el 31 de diciembre siguiente. Posteriormente, es el período de un año que transcurre a partir de la fecha de renovación de este contrato; es decir, desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre.

3. Asegurado

Toda persona protegida por este contrato.

4. Asegurado Directo

Persona asegurada que suscribe este contrato.

5. Cirugía programada o electiva

Para los efectos del “INSTITUTO”, una cirugía programada o electiva es aquella que, aún cuando es

médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

6. Coaseguro

Es el porcentaje de los gastos, objeto de cobertura, que le corresponde asumir al asegurado.

7. Consulta Médica

Valoración física que efectúa el médico tratante al paciente. Comprende historia clínica, examen físico, prescripción para el tratamiento o pruebas de diagnóstico y valoración para referencia.

8. Conviviente

Persona del sexo opuesto al “ASEGURADO DIRECTO” con quien éste o ésta cohabita, sin que los una relación matrimonial alguna.

9. Costo Razonable y Acostumbrado

Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.

10. Dependiente

Se consideran como dependientes asegurables a las siguientes personas:

- a. El cónyuge o en su defecto, la persona que resida, en calidad de conviviente, con el “ASEGURADO DIRECTO”.
- b. Los hijos, los adoptados, así como los hijastros del “ASEGURADO DIRECTO” siempre que sean solteros, que sean dependientes económicamente, estudiantes a tiempo completo y menores de 24 años de edad en la fecha de ingreso al seguro.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

11. Deportes de Alto Riesgo

Son todas aquellas actividades recreativas o deportivas que presentan mayor peligro de accidente para quienes las practican, sea por frecuencia o por severidad.

12. Emergencia

Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las 24 horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales.

13. Enfermedad

Cualquier alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, en relación con el organismo y determinada por un médico.

14. Enfermedad Pre-existente

Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, que con anterioridad a la adquisición de la póliza, hubiese sido:

- a. Diagnosticada por un médico; o
- b. De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el asegurado o terceras personas.

15. Farmacia

Todo establecimiento comercial autorizado legalmente para el expendio de medicamentos.

16. Hospital o Clínica

Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes. En adelante se denominarán hospital.

17. Laboratorio

Todo establecimiento autorizado para realizar exámenes, por un microbiólogo o técnico en microbiología, debidamente autorizado por el colegio respectivo.

18. Médico u Odontólogo

Profesional autorizado legalmente por el colegio respectivo, para ejercer en el campo de medicina u odontología.

19. Pre-autorización Médica

Es la autorización que se otorga al proveedor de servicios médicos, previo al tratamiento o ingreso de un asegurado para una hospitalización, cirugía programada, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.

20. Proveedor Afiliado

La persona física o jurídica que está autorizada a recibir la tarjeta de identificación del asegurado, para otorgar los bienes o servicios de salud. Existen dos tipos de proveedor: Tipo A y Tipo B.

21. Proveedor No Afiliado

La persona física o jurídica que no está autorizada a recibir la tarjeta de identificación del asegurado, para otorgar los bienes o servicios de salud. Por lo tanto, el asegurado deberá asumir el total de los costos para su tratamiento y luego solicitar el respectivo reembolso al "INSTITUTO".

22. Tarjeta de Identificación

Es el carné que identifica a cada asegurado cuando suscribe el seguro, en el cual se detalla su nombre, monto asegurado, número de póliza y fecha de emisión del seguro.

23. Transporte Terrestre en Ambulancia

Servicio de transporte del paciente asegurado, en vehículos debidamente equipados para atender y trasladar enfermos.

24. Tratamiento Experimental

Se considera experimental aquel tratamiento, droga, dispositivo, procedimiento, equipo o servicios relacionado (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:

- a. El tratamiento, droga, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio está en cualquier prueba clínica o en la fase I, II ó III.
- b. El tratamiento, droga, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio no está aprobado o reconocido por la agencia gubernamental pertinente u



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA).

- c. Los resultados no están probados a través de pruebas clínicas ni sus resultados han sido publicados en revistas médicas de prestigio, en inglés, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.

El tratamiento, droga, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio no es generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el asegurado o no es generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, en inglés, consultas con médicos, compendio médico autoritario, AMA (Asociación Médica Americana), u otra organización profesional pertinente o agencia gubernamental.

- d. El tratamiento, droga, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio está descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en cualquier documento de consentimiento, descargo o autorización firmada por el asegurado o alguna persona actuando en nombre de él.

El hecho de que el procedimiento, servicio, dispositivo, droga o equipo sea la única esperanza de sobrevivencia del asegurado, no cambia el hecho de que el mismo sea investigativo o experimental.

25. Contratante

Entidad legalmente constituida que contrata esta póliza en representación del grupo asegurado y que es responsable ante el mismo de todo lo relacionado con este contrato.

CLÁUSULA IV
LÍMITES DE COBERTURA

LÍMITES DE COBERTURA				
Detalle	Límites Máximos			
Suma Asegurada	¢2.500.000	¢5.000.000	¢7.500.000	¢10.000.000
Fuera de	¢ 250.000	¢ 500.000	¢ 750.000	¢ 1.000.000

Hospital				
Dentro de Hospital	¢2.250.000	¢4.500.000	¢ 6.750.000	¢9.000.000
Maternidad	¢ 400.000	¢ 500.000	¢ 600.000	¢ 700.000
Muerte	¢1.000.000	¢2.000.000	¢3.000.000	¢4.000.000

Suma Asegurada: La responsabilidad máxima del “INSTITUTO” ante cada asegurado, por los gastos efectivamente incurridos durante cada año póliza, queda limitada por la suma asegurada vigente.

1. **Maternidad:** Esta cobertura está sujeta a los límites establecidos y de conformidad con lo descrito en la **Cláusula V Gastos Cubiertos, punto 3 Atención Médica a causa de Embarazo.**
2. Durante cada año póliza, cada uno de los beneficios definidos en los puntos 4, 7 y 8 de la **Cláusula V Gastos Cubiertos** y que se listan a continuación, están limitados de la siguiente forma:

Beneficio	Limitación
Cuidados Enfermería en el Hogar	60 horas
Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria	15 Sesiones por año
Aparatos de Apoyo al tratamiento de la Incapacidad.	10% de la suma asegurada

CLÁUSULA V
GASTOS CUBIERTOS

De conformidad con las condiciones de este contrato, el “INSTITUTO” cubrirá al asegurado los gastos en que haya incurrido por los bienes o servicios de salud, dentro de lo médicamente necesario, para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, accidentes o embarazos.

La cobertura de este contrato se extiende a gastos incurridos en cualquier parte del mundo, sujeto a los costos razonables y acostumbrados del mercado costarricense.

COBERTURA A



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

El monto anual disponible máximo para esta cobertura corresponde al 10% del monto asegurado. Se incluyen en esta cobertura los siguientes bienes y servicios:

1. Consulta médica fuera de hospital, a causa distinta de embarazo.
2. Medicamentos, servicios de laboratorio y cualquier otra prueba de diagnóstico, estrictamente necesaria fuera de hospital, prescritos por el médico tratante, a causa distinta de embarazo.

COBERTURA B

El monto anual disponible máximo para esta cobertura, corresponde al 90% del monto asegurado. Se incluyen en esta cobertura los siguientes bienes y servicios:

1. Servicios de Hospitalización

Incluye los bienes y servicios que se le brinden al asegurado, cuando se encuentre internado en un hospital como paciente de cama registrado, entre otros:

- a) Cuarto privado y alimentación.
- b) Uso de sala de observación, operaciones y sala de recuperación.
- c) Uso de sala para cuidados intensivos o aislamiento y equipo de apoyo utilizados en ésta.
- d) Medicamentos, anestesia, equipo de anestesia u oxígeno.
- e) Una visita diaria del médico u odontólogo tratante.
- f) Cuidados de enfermería general o especializada.
- g) Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
- h) Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
- i) Exámenes de laboratorio y cualquier otra prueba de diagnóstico, estrictamente necesaria e indicada por escrito, de acuerdo con el padecimiento del asegurado.
- j) Administración de sangre y sus derivados.

2. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatoria

Comprenden los procedimientos médico-quirúrgicos, de acuerdo con el diagnóstico;

incluye, entre otros, los servicios del cirujano, asistente (s) y anestesista.

3. Atención Médica a causa de Embarazo

Este beneficio ampara únicamente a la asegurada directa o cónyuge del "ASEGURADO DIRECTO", siempre y cuando se paguen las primas por ella, hasta por el monto establecido de acuerdo con la suma contratada.

Incluye los siguientes gastos:

- a. Durante el embarazo:
Las consultas médicas, medicamentos, servicios de laboratorio y ultrasonido fuera de hospital, prescritos por el médico tratante.
- b. Atención al final del embarazo:
Sala de partos o de cirugías en caso de cesárea, incluyendo el cirujano u obstetra, asistente (s), anestesista y hospitalización.
- c. La revisión inicial del recién nacido, por un pediatra o neonatólogo, en sala de parto o de operaciones.

4. Cuidados de Enfermería en el Hogar

Incluyen los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería, debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión.

5. Terapias Especiales

Servicio de radioterapia, lúmino-terapia, láser-terapia, galbano-terapia, quimioterapia, rehabilitación cardíaca, radioterapia por acelerador lineal, sono-terapia, medicina nuclear y medicina del dolor, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.

6. Exámenes Especiales

Estudios neurológicos, pruebas de diagnóstico no tradicionales, laboratorios especiales, y estudios cardiovasculares especializados.

7. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria, siempre que sean prescritas por el médico tratante.

8. Aparatos de Apoyo

Las prestaciones que se detallan a continuación, prescritas por el médico tratante para el tratamiento de:

a. Enfermedad:

Aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.

b. Incapacidad:

Pago de alquiler de muletas, silla de ruedas, cama especial para enfermo y otros aparatos similares para el tratamiento de la incapacidad física.

9. Transporte terrestre en ambulancia

CLÁUSULA VI
PERÍODO DE CARENIA

Se excluyen los gastos en que incurra el asegurado durante los primeros doce (12) meses, a partir de su inclusión en este contrato, con excepción de los casos de continuidad contemplados en la **Cláusula XXII Privilegio de Continuidad**, en las condiciones que se listan a continuación:

1. Las siguientes enfermedades:
 - a. Catarata, glaucoma.
 - b. Trastornos rinoamigdalinos.
 - c. Asma.
 - d. Enfermedades de la tiroides.
 - e. Enfermedades de la mama.
 - f. Litiasis vesicular y/o de la vía biliar.
 - g. Hernias de cualquier tipo.
 - h. Litiasis del sistema urinario y/o sus complicaciones.
 - i. Enfermedades de la próstata.
 - j. Fístulas del ano, fisuras del ano y hemorroides.
 - k. Insuficiencia venosa, várices y varicocele.
 - l. Enfermedades del aparato genital femenino y prolapso urogenital.

m. Tratamientos o complicaciones de o derivados de osteoporosis, siempre y cuando éstos no estén relacionados con la pre-menopausia y climaterio.

2. Cualquier tipo de tratamiento, hospitalización u otros suministros relacionados con el embarazo o su fase final.
3. Todo gasto relacionado con el trasplante al asegurado de algún órgano o parte de él.

CLÁUSULA VII
AVISO EN CASO DE ACCIDENTE

En caso de un siniestro y que el asegurado requiera de los beneficios de este contrato, deberá dar aviso al "INSTITUTO" de tal hecho, dentro de los primeros 30 días naturales de su ocurrencia, mediante la presentación del formulario "Solicitud de Beneficios", el cual es suministrado por el Departamento de Accidentes y Salud o Agencias del "INSTITUTO".

El plazo antes mencionado podrá ampliarse por el "INSTITUTO", siempre que se demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

CLÁUSULA VIII
RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS

1. Pago directo al Proveedor:

Este contrato ofrece la opción al asegurado de utilizar bienes o servicios de salud mediante el sistema de proveedores afiliados, con los cuales, los siguientes beneficios cubiertos bajo la presente póliza, serán pagados directamente a los proveedores afiliados, siempre y cuando el asegurado presente la tarjeta de identificación:

- a. Cuando el asegurado requiera servicios médicos en forma ambulatoria de: terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.
- b. Cuando el asegurado requiera atención médica ambulatoria a consecuencia de un



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

accidente, durante las primeras veinticuatro (24) horas.

- c. Cuando el asegurado requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

2. Pago por reembolso:

Se exceptúan los siguientes casos, los cuales serán pagados por reembolso:

- a. Cuando el asegurado requiera servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa).
- b. Cuando el asegurado requiera los servicios de hospitalización y/o procedimiento quirúrgico y no haya utilizado los proveedores afiliados.
- c. Cuando el asegurado ha efectuado directamente el pago al proveedor por los servicios de: hospitalización, cirugía electiva, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.

3. La liquidación de los gastos se efectuará según corresponda, como se detalla a continuación:

3.1. Costos razonables por tratamientos ambulatorios:

Se aplicará el coaseguro que corresponda, de acuerdo con el tipo de proveedor que le brinde la atención para todos los costos razonables y acostumbrados, como sigue:

- a. Proveedor Tipo A: se aplicará un 20% de coaseguro.
- b. Proveedor Tipo B: se aplicará un 25% de coaseguro.
- c. Proveedor no afiliado: se aplicará un 30% de coaseguro.

3.2. Costos razonables por hospitalización:

Se reconocerán los gastos por hospitalización, aplicando el coaseguro que corresponda, de

acuerdo con el tipo de proveedor que le brinde la atención en todos los costos razonables y acostumbrados, como sigue:

- a. Proveedor Tipo A: se aplicará un 20% de coaseguro.
- b. Proveedor Tipo B: se aplicará un 25% de coaseguro.
- c. Proveedor no afiliado: se aplicará un 30% de coaseguro.

Para ninguno de los casos de hospitalización, se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

4. Documentos solicitados para el reembolso:

El asegurado debe presentar al “INSTITUTO”, junto con el formulario de solicitud de beneficios, las facturas originales timbradas de pago canceladas, la prescripción médica, resultados de exámenes practicados, autorización para investigar expedientes clínicos y todos los demás documentos que el “INSTITUTO” considere necesarios, dentro del término de sesenta (60) días naturales siguientes a la realización del gasto. El reembolso correspondiente se girará a favor del “ASEGURADO DIRECTO” o nominal (persona que suscribe el contrato).

Cuando se efectúan gastos en el extranjero, el asegurado deberá presentar un certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento y tratamiento efectuado, además de las facturas originales o los comprobantes de pago, en los cuales se detallen los gastos.

En caso de presentación de reclamos en otros idiomas, distintos al español e inglés, el asegurado debe presentar, la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo.

CLÁUSULA IX

PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

Cuando el asegurado requiera atención médica hospitalaria, quirúrgica, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y/o medicina del dolor, como consecuencia de una enfermedad o un accidente cubierto por la póliza, el asegurado deberá enviar al Departamento de Accidentes y Salud, previo a la hospitalización, cirugía o tratamiento lo siguiente:

1. Solicitud de pre-autorización, debidamente cumplimentada por el médico tratante.
2. El formulario de pre-autorización debe contener información completa y precisa que justifique la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada, incluyendo los resultados de pruebas de laboratorio, rayos X y otros exámenes realizados.

Este formulario deberá enviarse al Departamento de Accidentes y Salud al fax N° 243-9918 o entregarse personalmente en dicho Departamento, con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación, para permitir la debida evaluación y verificación, por parte del Comité Médico.

Se brindará confirmación por escrito de la pre-autorización al proveedor afiliado (es indispensable que el "INSTITUTO" haya confirmado por escrito la aprobación de la pre-autorización antes de que se proceda con el tratamiento, procedimiento o cirugía respectiva cubierto por la póliza).

En los casos en que se requiera pre-autorización, y la misma no sea solicitada al "INSTITUTO", el asegurado deberá cancelar los gastos directamente al hospital y presentar el reclamo para el trámite por reembolso.

La pre-autorización incluirá los gastos por servicios prestados por el proveedor, incluyendo los medicamentos y honorarios médicos, no debiendo el asegurado pactar ni pagar honorarios adicionales.

Las situaciones consideradas como emergencia y los accidentes (según las definiciones en este contrato) se atenderán sin necesidad de pre-autorización médica inmediata; sin embargo, deberán dar aviso al "INSTITUTO" antes de las 48 horas de haber atendido al asegurado.

CLÁUSULA X
AUDITORIA MÉDICA

En caso de siniestro, un médico designado por el "INSTITUTO" podrá examinar al asegurado cuando sea necesario.

Asimismo, el asegurado autoriza expresamente a los funcionarios que el "INSTITUTO" designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en sus expedientes en cualquier centro hospitalario, clínico o consultorio, ya sea en Costa Rica o en cualquier parte del mundo.

CLÁUSULA XI
COASEGURO

El asegurado participa en una cantidad porcentual de los gastos, por los bienes o servicios de salud recibidos, de conformidad con el cuadro de beneficios cubiertos y coaseguros, que se incluye al final de este contrato.

CLÁUSULA XII
BENEFICIO EN CASO DE MUERTE

El "INSTITUTO" indemnizará de acuerdo a lo establecido en la *Cláusula IV Límites de Cobertura*, la suma que corresponda en caso de muerte de cualquiera de los asegurados por este contrato, independientemente de si hubiera agotado o no la suma asegurada y el contrato se encuentre vigente.

Este beneficio se otorgará, siempre y cuando el asegurado no haya superado la edad de 75 años al momento del evento, la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones de este contrato y el beneficio de muerte no haya sido excluido en el aseguramiento.

1. Disputabilidad:

El "INSTITUTO" se reserva el derecho de disputar el beneficio de muerte, por un período de dos años, a partir de la inclusión al seguro, debido a la reticencia, declaración falsa, inexacta o incompleta al momento de llenar la solicitud de seguro y declaraciones anexas y que alteraron los elementos básicos considerados para la aceptación del riesgo.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

Cualquier aumento de monto que se efectúe después de la emisión de esta póliza podrá ser disputado por el “INSTITUTO”, desde la fecha de tal aumento y hasta por el plazo que se indicó anteriormente.

2. Suicidio

Si el asegurado se suicida, en su sano juicio o demente, dentro de los dos (2) primeros años desde la emisión de esta póliza, no se pagará ninguna suma por este beneficio.

3. Beneficiarios

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

- a. Por fallecimiento del “ASEGURADO DIRECTO”, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
- b. Por fallecimiento de los asegurados dependientes, el “ASEGURADO DIRECTO”, o en su defecto, los herederos legales de los mismos.

CLÁUSULA XIII
GASTOS NO CUBIERTOS

Están excluidos del presente contrato de seguro los gastos incurridos por:

1. Trastornos mentales, cualquiera que sean sus manifestaciones clínicas, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por este contrato.
2. Tratamientos para la prevención y curación por alcoholismo o drogadicción.
3. Todo tipo de atención odontológica, excepto el tratamiento necesario en caso de un accidente cubierto por este contrato.
4. Todo aparato en sustitución o apoyo de piezas dentales, excepto en caso de accidente cubierto por la póliza.
5. Aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto.
5. Trastornos de la refracción visual.
6. Bienes o servicios referidos a la implementación de métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar.
7. Cualquier estudio, procedimiento o tratamiento tendiente a la procreación artificial.
8. Cualquier estudio, procedimiento o tratamiento orientado a modificar el sexo.
9. Enfermedades venéreas de cualquier tipo y las consecuencias directas o indirectas, orgánicas o funcionales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (H.I.V.), en cualquiera de sus etapas.
10. Tratamientos o complicaciones derivados de:
 - a. Pre-menopausia y climaterio
 - b. Dermatitis atópica y acné
 - c. Pie plano, genu valgo y genu varo
 - d. Alopecia
 - e. Estrés y fatiga
11. Gastos por concepto de sangre o plasma.
12. Gastos por tratamientos del sobrepeso y la obesidad, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto las enfermedades en las cuales éstos actúan únicamente como factor contribuyente.
13. Cirugía estética. Se exceptúa la cirugía reconstructiva para corregir lesiones, deformaciones o enfermedades cubiertas por este contrato.
14. Enfermedades pre-existentes conforme con lo indicado en su definición, independientemente de que sean emergencias o no.
15. Cualquier atención médica u hospitalaria a causa de embarazo en hijas u otras dependientes económicas, excepto la cónyuge o conviviente asegurada.
16. En el caso de accidentes, tratamientos no prescritos u ordenados por el médico u odontólogo tratante.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

17. Tratamientos prescritos u ordenados en exceso de períodos mayores de noventa (90) días.
18. Valoración para comprobar el estado de salud, tratamientos preventivos, reconstituyentes y vacunas.
19. Lesiones o padecimientos que el “INSTITUTO” expresamente indique como exclusión al asegurado, en las condiciones particulares de este contrato.
20. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo el presente contrato.
21. Artículos personales o de confort.
22. Uso o alquiler de equipo no contemplado expresamente en la **Cláusula V. Gastos Cubiertos**.
23. Cualquier tratamiento realizado por el asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente y/o relacionada con cualquiera de las citadas personas.
24. Gastos incurridos por el asegurado por bienes o servicios suministrados por personal o establecimientos no autorizados, de acuerdo con las definiciones de este contrato.
25. Gastos incurridos por el asegurado en exceso de los límites máximos establecidos en este contrato.
26. Bienes o servicios recibidos por el asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
27. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del “INSTITUTO”.
28. Cualquier gasto incurrido por acompañantes del paciente asegurado.
29. Tratamientos experimentales, exceptuando los métodos de tratamiento que aún no hayan sido aprobados por las autoridades de sanidad pública, pero que estén bajo investigación científica, los cuales sólo serán cubiertos con la previa aprobación del “INSTITUTO”.
30. Trastornos generalizados del desarrollo.

CLÁUSULA XIV
RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este contrato los padecimientos o lesiones causadas por o derivadas de:

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
2. Energía nuclear.
3. Autolesión deliberada, tentativas de suicidio u homicidio, participación en actos de guerra o terroristas, bio-terrorismo, revolución, conmoción civil, conspiración, tumulto, motines, delitos, duelos y riñas. Se exceptúa la legítima defensa.
4. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentra viajando en medios no terrestres de transporte, que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a ruta fija, legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
5. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre conduciendo sin la licencia correspondiente, o cuando viaje como piloto o pasajero de algún vehículo de carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad.
6. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, drogas ilegales, psicotrópicos o estupefacientes.
7. Todo tipo de accidentes en la práctica de los deportes:
 - a. Cuando se realicen en torneos de cualquier tipo.
 - b. Deportes de alto riesgo y deportes profesionales como: motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, toreo, fútbol, boxeo, bungee jumping, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor,



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

canopy, sky walk o sky trek, buceo recreativo, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, automovilismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro, tauromaquia, equitación y demás deportes profesionales.

8. Todo tipo de accidente en la práctica de la exploración de cuevas, cavernas y volcanes.

CLÁUSULA XV
PAGO DE LA PRIMA

Este contrato se basa en el pago anticipado de la prima anual. Sin embargo; ésta puede ser cubierta de manera fraccionada según la forma de pago que tenga a disposición el “INSTITUTO”, siempre anticipadamente y de acuerdo con las tarifas en vigor a la fecha de emisión o renovación de este contrato. La forma de pago puede ser variada al vencimiento de éste. No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que conste en el recibo oficial expedido por el “INSTITUTO”. El pago de una prima mantiene en vigencia este contrato, hasta la fecha en que deba cancelarse la siguiente prima. La omisión en el pago de una prima antes o en la fecha en que vence, constituye falta de pago.

CLÁUSULA XVI
PERÍODO DE GRACIA

La mora en el pago total de la prima, según el fraccionamiento establecido, será causal de la rescisión automática del contrato de seguro. No obstante, el “INSTITUTO” brindará el siguiente período de gracia para el pago de la prima, de acuerdo con la forma de pago escogida por el “ASEGURADO DIRECTO”:

Vencido dicho plazo sin que se haya pagado la prima respectiva, el contrato se rescindirá en forma automática, a menos que el

“INSTITUTO” haya otorgado al “ASEGURADO DIRECTO” un plazo adicional, en cuyo caso la rescisión automática se producirá vencido dicho plazo, sin que el “ASEGURADO DIRECTO” haya abonado la prima respectiva.

Este período de gracia permite darle continuidad al seguro, pero no a recibir atención médica en dicho período, sino hasta que se pague la prima correspondiente.

CLÁUSULA XVII
RENOVACIÓN

Este contrato brinda la opción de ser renovado a la fecha de su vencimiento, siempre y cuando el “INSTITUTO” así lo consienta. La entrega del recibo oficial de prima contra el pago respectivo, según las nuevas condiciones, significará la renovación de este contrato.

CLÁUSULA XVIII

MODIFICACIÓN DE LA PRIMA Y SUMA ASEGURADA

En cada fecha de renovación anual, el “INSTITUTO” tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a este contrato para adecuarlas a la edad alcanzada de los asegurados según sexo, a la experiencia siniestral en este plan de seguro o para adecuar los montos de las coberturas a los precios de mercado.

CLÁUSULA XIX

MODIFICACIONES EN EL CONTRATO

Sólo la Gerencia del “INSTITUTO” o las dependencias encargadas de la administración del contrato, podrán suscribir modificaciones o renunci

as a las condiciones de este contrato	Mensual	Sin período de gracia
	Trimestral	5 días hábiles
	Semestral	10 días hábiles
	Anual	20 días hábiles

vía Addendum. Cuando ejerzan tal derecho, deben dejar constancia de ello en escrito agregado a este contrato vía Addendum. El “INSTITUTO” no se responsabiliza por



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

promesas y declaraciones hechas por otras personas o entes no autorizados por dichas dependencias.

El "ASEGURADO DIRECTO" o el Contratante también podrá solicitar modificaciones a este contrato, entre las opciones establecidas, en la renovación anual del mismo. En el caso de los aumentos de suma asegurada, además deberá presentar los requisitos de asegurabilidad que solicite el "INSTITUTO" para su aceptación.

CLÁUSULA XX
TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura bajo este contrato terminará para cada uno de los asegurados, en forma individual, cuando se presente cualquiera de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del asegurado o del contratante.
2. Ceder a otra persona su tarjeta de identificación; o bien, utilización de una que no es la suya.
3. Declaración falsa o inexacta.
4. Negarse a cumplir con todo aquello que solicite el "INSTITUTO", de acuerdo con lo estipulado en este contrato.
5. Para los dependientes del "ASEGURADO DIRECTO" (excepto el cónyuge o conviviente), en la fecha de renovación en que hayan cumplido los veinticinco (25) años de edad, o que dejen de ser dependientes económicos, lo que ocurra primero.

CLÁUSULA XXI
CANCELACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato quedará cancelado cuando se presente cualquiera de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del asegurado o del Contratante.
2. Falta de pago de la prima.
3. Declaración falsa o inexacta.
4. Uso indebido de la tarjeta de identificación.

CLÁUSULA XXII
PRIVILEGIO DE CONTINUIDAD

En caso de que un asegurado desee o requiera trasladarse a otro contrato de este mismo plan de seguro, dentro de un mismo año póliza, ya sea individual o colectiva (colectivo natural u obrero patronal), con las mismas coberturas y mismo monto asegurado, el "INSTITUTO" le permitirá continuar con los beneficios de este contrato, sin necesidad de pruebas médicas, sujeto a lo siguiente:

- a. Su antigüedad en este contrato sea mayor o igual a dos (2) años.
- b. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del "ASEGURADO DIRECTO" o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus dependientes económicos.
- c. Realice su solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.
- d. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en este contrato y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del asegurado en el nuevo contrato.
- e. Sí al asegurado ya se le habían amparado reclamaciones durante el año póliza, éstas se considerarán como monto incurrido en la nueva póliza.

En caso de que un asegurado en la modalidad individual, o un Contratante en la modalidad colectiva desee o requiera trasladarse a otro contrato de este mismo plan de seguro, con un monto asegurado mayor, el "INSTITUTO" le permitirá continuar con los beneficios de este contrato, siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:

- a. Presente todos los requisitos de asegurabilidad que solicite el "INSTITUTO" para su aceptación.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

- b. Su antigüedad en este contrato sea mayor o igual a dos (2) años.
- c. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del “ASEGURADO DIRECTO” o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus dependientes económicos.
- d. Realice su solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura.
- e. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en este contrato y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del asegurado en el nuevo contrato.
- f. El nuevo seguro contratado entrará en vigencia a partir de la próxima renovación anual.
- g. Todos los padecimientos tratados con el seguro sustituido, quedarán limitados al monto asegurado anterior.
- c. Su edad sea: menor de setenta (70) años, si se trata del “ASEGURADO DIRECTO” o su cónyuge, o menor de veintiséis (26) años, si se trata de sus dependientes económicos.
- d. Pague las primas correspondientes al período transcurrido entre la terminación de cobertura en este contrato y la fecha en que se hace efectiva la continuidad, de acuerdo con las primas vigentes y la edad del asegurado en el nuevo contrato.
- e. Si al asegurado ya se le habían amparado reclamaciones durante el año póliza, éstas se consideran como monto incurrido en la nueva póliza.
- f. Todos los padecimientos tratados con el seguro sustituido, quedarán limitados al monto asegurado anterior.

Quando el asegurado haga uso de esta cláusula, le serán eliminados los períodos de carencia.

CLAUSULA XXIII
LINEAMIENTOS GENERALES

1. Requisitos de Asegurabilidad

El Contratante o el “ASEGURADO DIRECTO” garantizará que los miembros elegibles a incluir en este contrato, cumplan con los requisitos de asegurabilidad que solicite el “INSTITUTO”. No podrán incluirse dentro de este seguro, personas que no hayan sido aceptadas expresamente por el “INSTITUTO”.

2. Obligaciones del Asegurado

Dentro de las obligaciones que adquiere el asegurado se incluyen las siguientes:

No obstante lo anterior, se presentan casos de excepción como los siguientes:

Quando un asegurado tiene un seguro individual y pasa a formar parte de una póliza colectiva de carácter obrero patronal que tiene suscrito un monto de seguro superior al que tiene el asegurado en el seguro individual; o bien, el caso de un asegurado que se encuentra en una póliza colectiva y pasa a formar parte de otro grupo colectivo obrero patronal, el “INSTITUTO” le permitirá continuar con los beneficios de este contrato, sin necesidad de pruebas médicas, sujeto a lo siguiente:

- a. La presentación de la prueba de que se está trasladando a una colectiva obrero patronal cuando corresponda.
- b. Su antigüedad en este contrato sea mayor o igual a dos (2) años.

- a. El asegurado tendrá la total responsabilidad de conocer y cumplir las condiciones de este contrato y si está en vigor o cancelado.
- b. El asegurado se obliga a reintegrar al “INSTITUTO” las sumas que fueran pagadas cuando haga uso indebido de su tarjeta de identificación o cuando goce de



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

beneficios mayores a los indicados en este contrato.

3. Proveedores Afiliados

El “INSTITUTO” no se responsabiliza de los actos de los proveedores afiliados en su prestación de bienes o servicios a los asegurados, cuya responsabilidad es exclusiva de los mismos. Por lo tanto, cualquier discrepancia entre el asegurado y el proveedor y la eventual responsabilidad, será resuelta y asumida exclusivamente por el proveedor.

4. Terminación anticipada

El “INSTITUTO” puede cancelar este contrato en cualquier momento, dando aviso por escrito al asegurado en un lapso no menor a diez (10) días naturales a la fecha de cancelación, a su última dirección, según los registros del “INSTITUTO”. En tal situación, el “INSTITUTO” devolverá a prorrata la parte proporcional de la prima correspondiente al período que no ha expirado de la póliza.

El “ASEGURADO DIRECTO” o el Contratante también podrán cancelar la póliza antes de la fecha del vencimiento, o solicitar la exclusión de él mismo o de alguno de los dependientes asegurados, para lo cual dará aviso por correo certificado o cualquier otro medio probatorio, con no menos de tres días (3) naturales de anticipación. Si no indicare una fecha en particular, se tomará como tal la fecha de recibo de la solicitud por el “INSTITUTO” y devolverá la parte de la prima no devengada, calculada con la tabla de tarifas a corto plazo, vigente a la fecha de la cancelación.

Sin embargo, en cualquiera de los dos casos si hay coberturas afectadas por indemnizaciones, la prima se considerará como totalmente devengada. El asegurado mantendrá sus derechos, respecto a cualquier gasto amparado anterior a la fecha de cancelación.

5. Declinación y Apelación del Reclamo

a. Declinación: En aquellos casos de declinación del reclamo, el “INSTITUTO” comunicará por escrito tal decisión al asegurado, a la última dirección conocida por éste.

b. Apelación: El asegurado puede apelar una declinación de una parte o la totalidad de los beneficios, para lo cual deberá presentar por escrito su apelación con pruebas, e información adicional, que sustenten la reconsideración, al departamento encargado de la administración de este contrato en el “INSTITUTO”.

Esta apelación deberá realizarse a más tardar, durante los dos (2) meses siguientes a la fecha en que el asegurado sea notificado de tal declinación. Transcurrido este período, no se tendrá derecho a apelación alguna.

6. Subrogación y Otros Seguros

El “INSTITUTO” tendrá el derecho de recuperar de terceras personas los pagos hechos mediante esta póliza, por lesiones sufridas por el “ASEGURADO DIRECTO” o sus dependientes.

En virtud del derecho de subrogación, el “INSTITUTO” podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos o de los aseguradores de éstos.

En igual forma lo podrá hacer con los asegurados o sus familiares si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Para este derecho, el “ASEGURADO DIRECTO” y sus dependientes asegurados se obligan a lo siguiente:

- a.** Firmar el convenio respectivo y subrogar en el “INSTITUTO” todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderles.
- b.** No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

- c. Cooperar y asistir al “INSTITUTO” en todas y cada una de las gestiones que éste efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

Así también, en caso de que el “ASEGURADO DIRECTO” y/o sus dependientes asegurados gozaran de otro u otros seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por el “INSTITUTO”, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto.

7. Moneda

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones que den lugar conforme a este contrato, son liquidables en moneda nacional, en la ciudad de San José, Costa Rica, o en cualquier Agencia autorizada por el “INSTITUTO”.

8. Norma Supletoria

Todo lo que no esté previsto en este contrato estará regido por la Ley de Seguros número 11 del 02 de Octubre de 1922 y sus reformas.



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DEL INS
CONDICIONES GENERALES

BENEFICIOS CUBIERTOS	COASEGURO %		
	PROVEEDOR TIPO A	PROVEEDOR TIPO B	PROVEEDOR NO AFILIADO
COBERTURA A : Gastos fuera de Hospital a causa distinta de embarazo. (a)			
1. Consulta Médica :			
Médico General.....	20	25	30
Médico Especialista.....	20	25	30
2. Medicamentos fuera de Hospital.....	20	25	30
3. Servicios de Laboratorio fuera de Hospital.....	20	25	30
4. Exámenes de diagnóstico fuera de Hospital.....	20	25	30
COBERTURA B : Gastos dentro de Hospital, Embarazo y Parto (a)			
1. Servicio de Hospitalización :			
1.1 Durante los primeros treinta (30) días consecutivos registrados en forma continua como paciente de cama.....	20	25	30
1.2 Exceso de los primeros treinta (30) días consecutivos registrados en forma continua como paciente de cama.....	0	0	0
1.3 Gastos de Hospital fuera de territorio costarricense (b)	30 ó 40	30 ó 40	30 ó 40
1.4 Gastos de Hospital en Costa Rica.	20	25	30
1.5 Medicamentos	20	25	30
2. Cirugía Ambulatoria y Hospitalaria.....	20	25	30
3. Atención Médica a causa de Embarazo : (c)			
3.1 Durante el Embarazo			
3.1.1. Consulta Médica.....	20	25	30
3.1.2. Medicamentos	20	25	30
3.1.3. Servicios de Laboratorio fuera de Hospital :			
3.1.3.1. Ultrasonido	20	25	30
3.1.3.2. Otros.....	20	25	30
3.2 Atención al final del embarazo.....	20	25	30
4. Servicios de Laboratorio dentro de Hospital :			
4.1 Servicios de laboratorio.....	20	25	30
4.2 Ultrasonido y otras pruebas diagnósticas.....	20	25	30
5. Cuidados de Enfermería en el Hogar.....	20	25	30
6. Terapias Especiales.....	20	25	30
7. Exámenes Especiales	20	25	30
8. Rehabilitación Hospitalaria y Ambulatoria.....	20	25	30
9. Aparatos de Apoyo a la Incapacidad.....	20	25	30
10. Transporte Terrestre en Ambulancia.....	20	25	30