



# **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**

**DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES**

**ACCIDENTES Y SALUD**

**PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S**

**CONDICIONES GENERALES**

## **ACUERDO DE ASEGURAMIENTO**

### **CLÁUSULA I. BASE DEL CONTRATO**

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, cédula jurídica número 400000-1902-22, denominado en adelante el “**INSTITUTO**”, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante denominado en adelante “**ASEGURADO DIRECTO**”.

La Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el solicitante 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 las Oficinas Centrales del “**INSTITUTO**”, en San José, Costa Rica, o en cualesquiera de sus Agencias.

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

**GERENTE**





# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES

ACCIDENTES Y SALUD

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S

CONDICIONES GENERALES

## 18. Pre-autorización Médica

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

## 19. Proveedor Afiliado

Cualquier persona física o jurídica que está autorizada a recibir la tarjeta de identificación del asegurado, para otorgar los bienes o servicios de salud.

## 20. Proveedor No Afiliado

Cualquier 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".

## 21. 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.

## 22. Transporte Terrestre en Ambulancia

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

## CLÁUSULA IV LÍMITES DE COBERTURA

| LÍMITES DE COBERTURA |                 |            |            |
|----------------------|-----------------|------------|------------|
| Detalle              | Límites Máximos |            |            |
| Suma Asegurada       | ¢4.000.000      | ¢6.000.000 | ¢8.000.000 |
| Fuera de Hospital    | ¢ 400.000       | ¢ 600.000  | ¢ 800.000  |
| Dentro de Hospital   | ¢3.600.000      | ¢5.400.000 | ¢7.200.000 |
| Maternidad           | ¢ 400.000       | ¢ 500.000  | ¢ 600.000  |
| Muerte               | ¢2.000.000      | ¢3.000.000 | ¢4.000.000 |

- 1. 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.
- 2. Maternidad:** Esta cobertura está sujeta a los límites establecidos y de conformidad con lo descrito en la Cláusula V Gastos Cubiertos, inciso 3 atención médica a causa de embarazo.
- 3.** 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.

Dichos gastos se reconocerán con base en el costo razonable y acostumbrado del mercado costarricense.

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

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 (no incluye observación), entre otros:



# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES

ACCIDENTES Y SALUD

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S

## CONDICIONES GENERALES

- a. Cuarto privado y alimentación.
  - b. Uso de sala de 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 anestesta.

- 3. Atención Médica a causa de Embarazo.**  
Este beneficio ampara únicamente a la asegurada directa o cónyuge del asegurado, 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 y en caso de complicación posterior al embarazo: las consultas médicas fuera de hospital, 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), anestesta 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 cardiaca, 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, laboratorios especiales, pruebas metabólicas, pruebas de gabinete dirigidas y exámenes cardiovasculares.

- 7. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria.**  
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 incapacidad física temporal o permanente:
- a. 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. 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 XX. Privilegio de Continuidad, en las condiciones que se listan a continuación:

1. Las siguientes enfermedades:
  - a. Catarata, glaucoma.
  - b. Trastornos rinoamigdalinos.
  - c. Tratamientos por 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, grietas 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.



# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES  
ACCIDENTES Y SALUD

## PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA VII

#### RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS

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 hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

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

- a. Cuando el asegurado requiera servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa), excepto los indicados anteriormente.
- 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 por hospitalización, cirugía electiva, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.

La liquidación se efectuará según corresponda, como se detalla a continuación:

#### 1. Costos razonables por tratamientos ambulatorios:

Se aplicará un 25% de coaseguro en todos los costos razonables y acostumbrados.

Sea que se utilice o no proveedores afiliados, si el asegurado recibe medicinas de marca, pudiendo haber recibido medicinas genéricas de igual o mejor calidad que la de marca, el coaseguro que aplica para el costo de las medicinas es del 30%.

#### 2. Costos razonables por hospitalización:

Se reconocerán los gastos por hospitalización, aplicando un coaseguro del 25% a los costos razonables y acostumbrados.

Si el asegurado recibe medicinas de marca, pudiendo haber recibido medicinas genéricas de igual o mejor calidad que la de marca, el coaseguro que aplica es del 30%, para el costo razonable y acostumbrado de las medicinas.

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.

#### 3. 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 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 facturas originales o los comprobantes de pago, en los cuales se detallen los gastos.

### CLÁUSULA VIII

#### PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA

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 atenciones posteriores a 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 u 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).

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.



# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES

ACCIDENTES Y SALUD

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S

**CONDICIONES GENERALES**

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 IX 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 X BENEFICIO EN CASO DE MUERTE

El "INSTITUTO" indemnizará el cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada total suscrita, 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, 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.

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, al "ASEGURADO DIRECTO", o en su defecto, los herederos legales de los mismos.

## CLÁUSULA XI 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 la curación necesaria en caso de un accidente cubierto por este contrato.
4. Todo aparato en sustitución o apoyo de piezas dentales.
5. Aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto.
6. Trastornos de la refracción visual.
7. Bienes o servicios referidos a la implementación de métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar.
8. Cualquier estudio, procedimiento o tratamiento tendiente a la procreación artificial.
9. Cualquier estudio, procedimiento o tratamiento orientado a modificar el sexo.
10. 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.
11. 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
12. Líquido sanguíneo, sus componentes o derivados.
13. 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.
14. Cirugía estética. Se exceptúa la cirugía reconstructiva para corregir lesiones, deformaciones o enfermedades cubiertas por este contrato.
15. Enfermedades pre-existentes conforme con lo indicado en su definición, independientemente de que sean emergencias o no.
16. Cualquier atención médica u hospitalaria a causa de embarazo en hijas u otras dependientes económicas, excepto la cónyuge o conviviente asegurada.



# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES

ACCIDENTES Y SALUD

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S

## CONDICIONES GENERALES

17. Tratamientos no prescritos u ordenados por el médico u odontólogo tratante.
18. Tratamientos prescritos u ordenados en exceso de períodos mayores de noventa (90) días.
19. Valoración para comprobar el estado de salud, tratamientos preventivos, reconstituyentes y vacunas.
20. Lesiones o padecimientos que el “INSTITUTO” expresamente indique como exclusión al asegurado, en las condiciones particulares de este contrato.
21. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo el presente contrato.
22. Artículos personales o de confort.
23. Uso o alquiler de equipo no contemplado expresamente en la Cláusula V. Gastos Cubiertos.
24. 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.
25. Gastos incurridos por el asegurado por bienes o servicios suministrados por personal o establecimientos no autorizados, de acuerdo con las definiciones de este contrato.
26. Gastos incurridos por el asegurado en exceso de los límites máximos establecidos en este contrato.
27. Bienes o servicios recibidos por el asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
28. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del “INSTITUTO”.
29. Cualquier gasto incurrido por acompañantes del paciente asegurado.

### CLÁUSULA XII 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. Autolesionismo deliberado, 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 seguridad, 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, cuando los realizara en torneos de cualquier tipo.
8. No se cubren accidentes causados por los siguientes deportes, independientemente de que se practiquen en torneos o no: paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro, tauromaquia y montadura.
9. Todo tipo de accidente en la práctica de la exploración de cuevas, cavernas y volcanes.

### CLÁUSULA XIII PAGO DE LA PRIMA

Este contrato se basa en el pago anticipado de la prima anual. Sin embargo; ésta puede ser cubierta en forma fraccionada según los tipos 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 XIV PERÍODO DE GRACIA

La mora en el pago total o parcial de la prima 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”:

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Mensual    | Sin período de gracia |
| Trimestral | 8 días naturales      |
| Semestral  | 15 días naturales     |
| Anual      | 30 días naturales     |





# INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES  
ACCIDENTES Y SALUD

## PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S CONDICIONES GENERALES

1. En caso de que un asegurado 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:
  - a. Presente todos los requisitos de asegurabilidad que solicite el "INSTITUTO" para su aceptación.
  - 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.

El nuevo seguro considerará como enfermedades pre-existentes las contempladas en este contrato. Asimismo, le serán eliminados los períodos de carencia.

### CLÁUSULA XXI LINEAMIENTOS GENERALES

#### 1. Requisitos de Asegurabilidad.

El contratante 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:

- a. Cuando el asegurado utilice un proveedor afiliado, tendrá que cumplir con todos los requisitos establecidos en la Cláusula VII Reconocimiento de Beneficios.
- b. El asegurado tendrá la total responsabilidad de conocer las condiciones de este contrato y si está en vigor o cancelado.
- c. 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 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 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. No obstante, el asegurado mantendrá sus derechos respecto a cualquier gasto amparado anterior a la fecha de cancelación.

El asegurado también podrá cancelar la póliza antes de la fecha del vencimiento, 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, 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 información adicional o comentarios, 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. 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".

#### 7. 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

DIRECCION DE SEGUROS PERSONALES

ACCIDENTES Y SALUD

PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS DEL I.N.S

CONDICIONES GENERALES

## CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS Y COASEGUROS

### BENEFICIOS CUBIERTOS

### COASEGURO

#### COBERTURA A:

%

#### Gastos fuera de Hospital a causa distinta de embarazo. (a)

|                                                     |         |
|-----------------------------------------------------|---------|
| 1. Consulta Médica:                                 |         |
| Médico General .....                                | 25      |
| Médico Especialista .....                           | 25      |
| 2. Medicamentos fuera de Hospital (b) .....         | 25 ó 30 |
| 3. Servicios de laboratorio fuera de Hospital ..... | 25      |
| 4. Exámenes de diagnóstico fuera de Hospital .....  | 25      |

#### 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. ....   | 25      |
| 1.2. Exceso de los primeros treinta (30) días consecutivos registrados en forma continua como paciente de cama. .... | 0       |
| 1.3. Gastos de Hospital fuera de territorio costarricense. (c) .....                                                 | 30 ó 40 |
| 1.4. Gastos de Hospital en Costa Rica. ....                                                                          | 25      |
| 1.5. Medicamentos. (b) .....                                                                                         | 25 ó 30 |
| 2. Cirugía Ambulatoria y Hospitalaria .....                                                                          | 25      |
| 3. Atención Médica a causa de Embarazo: (d)                                                                          |         |
| 3.1. Durante el Embarazo                                                                                             |         |
| 3.1.1. Consulta Médica .....                                                                                         | 25      |
| 3.1.2. Medicamentos (b) .....                                                                                        | 25 ó 30 |
| 3.1.3. Servicio de Laboratorio fuera de Hospital:                                                                    |         |
| 3.1.3.1. Ultrasonido .....                                                                                           | 25      |
| 3.1.3.2. Otros .....                                                                                                 | 25      |
| 3.2. Atención al final del embarazo .....                                                                            | 25      |
| 4. Servicios de Laboratorio dentro del Hospital:                                                                     |         |
| 4.1. Servicios de laboratorio .....                                                                                  | 25      |
| 4.2. Ultrasonido y otras pruebas diagnósticas .....                                                                  | 25      |
| 5. Cuidados de Enfermería en el Hogar .....                                                                          | 25      |
| 6. Terapias Especiales .....                                                                                         | 25      |
| 7. Exámenes Especiales .....                                                                                         | 25      |
| 8. Rehabilitación Hospitalaria y Ambulancia .....                                                                    | 25      |
| 9. Aparatos de Apoyo a la Incapacidad .....                                                                          | 25      |
| 10. Transporte Terrestre en Ambulancia .....                                                                         | 25      |

(a): La participación que se aplicará a la tarifa establecida de acuerdo al costo razonable y acostumbrado redondeado a los ¢0,50 más cercanos.

(b): 25% si corresponde a un medicamento genérico y un 30% si es un medicamento de marca, sobre el costo razonable y acostumbrado.

(c): Si el procedimiento médico quirúrgico se practica en Costa Rica, pero el asegurado se lo realiza en el extranjero, la participación será de un 40%.

Si el procedimiento médico quirúrgico no se practica en Costa Rica, y el asegurado se lo realiza en el extranjero, la participación será de un 30%.

(d): Sujeto a los límites establecidos por embarazo en el contrato.