

Información General

Con este seguro usted podrá cubrir sus gastos originados por las consultas médicas, medicinas, servicios de laboratorio, exámenes de diagnóstico, hospitalización, así como una indemnización para un beneficiario en caso de muerte.

Puede ser contratado por personas con edades de los 18 a los 100 años de edad. En el caso de los hijos del asegurado; los mismos pueden ser incluidos desde los 30 días de nacidos y hasta los 24 años de edad.

Coberturas

- Cobertura A: cubre las consultas médicas, medicinas, servicios de laboratorio y exámenes de diagnóstico fuera de hospital, y a causa distinta de embarazo, hasta por el 10% de la suma asegurada.
- Cobertura B: cubre hospitalización, cirugía hospitalaria y ambulatoria y atención médica a causa de embarazo para la asegurada directa o cónyuge del asegurado directo, cuidados de enfermería en el hogar, aparatos de apoyo y otros hasta por el 90% de la suma asegurada.
- Beneficio de Muerte: en caso de muerte se pagará el monto correspondiente, según la suma contratada (Ver cuadro de Límites de Cobertura), siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada en las condiciones del seguro.

LÍMITES DE COBERTURA (4 opciones de aseguramiento)

Detalle	Límites Máximos (Colones ¢)			
Suma Asegurada	2.500.000	5.000.000	7.500.000	10.000.000
Fuera de Hospital	250.000	500.000	750.000	1.000.000
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

Formas de indemnización

Pago directo al proveedor:

Ofrece la opción de utilizar bienes y servicios de salud, mediante el sistema de proveedores afiliados, con los cuales los siguientes beneficios cubiertos, serán pagados directamente al proveedor afiliado, siempre y cuando el asegurado presente la tarjeta de identificación:

a) Cuando se requieran los servicios médicos en forma ambulatoria de: terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.

b) Cuando se requiera la atención médica ambulatoria a consecuencia de un accidente, durante las primeras 24 horas.

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

Para los puntos a) y c) anteriores, el asegurado debe coordinar con el proveedor afiliado la Pre -autorización. Este formulario debe ser enviado previo a la hospitalización o cirugía, al fax 243-9918 con 5 (cinco) días hábiles de anticipación.

Pago por reembolso:

a) Cuando se requiera servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa).

b) Cuando se requieran servicios de hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos y no haya utilizado los proveedores afiliados.

c) Cuando el asegurado ha efectuado el pago directamente al proveedor por los servicios de: hospitalización, cirugía electiva, terapias especiales, exámenes especiales, medicina nuclear y medicina del dolor.

Modalidades de aseguramiento

Modalidad Individual

Si usted elige esta modalidad podrá disfrutar de un descuento -en el pago de la prima anual- de un 5% cuando sean dos asegurados y para más de dos se aplica un 7.5%.

Modalidad Colectiva

Para optar por esta modalidad debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Pertenecer a grupos cuya relación sea obrero-patronal o
2. Formar parte de asociaciones, cooperativas y sindicatos de un mismo patrono o
3. De Colegios Profesionales
4. Mínimo 10 asegurados directos.

Los seguros pueden adquirirse en cualquier Agencia Comercializadora de Seguros, con un Agente de Seguros Independiente, en las Agencias del Instituto en todo el territorio nacional y en las Oficinas Centrales del Instituto Nacional de Seguros.

Reclamos

Para tramitar el reclamo por reembolso según la cobertura que corresponda, debe presentar:

Gastos Médicos

- Solicitud de beneficios firmada por el médico.
- Recetas Médicas en el caso de medicamentos y prescripciones médicas de exámenes de laboratorio, ultrasonido, rayos x, resonancias, etc.
- Facturas originales canceladas.
- Cuando se efectúan gastos en el extranjero, el asegurado deberá presentar un certificado del médico tratante donde 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.

Muerte

- Certificado emitido por el Registro Civil de Costa Rica (tomo, folio, asiento, causa de defunción)
- Solicitud del beneficiario.
- Fotocopia de las cédulas de identidad (asegurado y beneficiario).
- Sumaria (cuando la muerte es accidental)

Costos

TABLA EXCEL