



CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| COMPROMISO DE LA ASEGURADORA..... | 3 |
| SECCIÓN A. DEFINICIONES..... | 4 |
| CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES..... | 4 |
| SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA..... | 11 |
| CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES..... | 11 |
| SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA | 12 |
| CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA..... | 12 |
| CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA..... | 12 |
| CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS..... | 13 |
| CLÁUSULA VI. COBERTURAS..... | 13 |
| CLÁUSULA VII. COBERTURAS BÁSICAS..... | 14 |
| 1. Cobertura de Gastos médicos..... | 14 |
| 2. Cobertura de asistencia al viajero..... | 25 |
| 3. Cobertura de chequeos..... | 25 |
| 4. Cobertura por fallecimiento..... | 25 |
| 5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia..... | 27 |
| CLÁUSULA VIII. GASTOS CUBIERTOS..... | 27 |
| CLÁUSULA IX. PERÍODOS DE CARENCIA..... | 29 |
| CLÁUSULA X. RIESGOS EXCLUIDOS..... | 29 |
| CLÁUSULA XI. GASTOS EXCLUIDOS..... | 30 |
| SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS | 34 |
| CLÁUSULA XII. BENEFICIARIOS..... | 34 |
| CLÁUSULA XIII. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO..... | 35 |
| SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO..... | 35 |
| CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA..... | 35 |
| CLÁUSULA XV. DEDUCIBLE ANUAL..... | 36 |
| CLÁUSULA XVI. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO..... | 37 |
| CLÁUSULA XVII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS..... | 37 |
| CLÁUSULA XVIII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE..... | 37 |
| CLÁUSULA XIX. OTROS SEGUROS..... | 37 |
| CLÁUSULA XX. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS..... | 38 |
| CLÁUSULA XXI. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA..... | 38 |
| SECCIÓN F. PRIMAS | 39 |
| CLÁUSULA XXII. PAGO DE PRIMAS..... | 39 |
| CLÁUSULA XXIII. PERÍODO DE GRACIA..... | 39 |
| SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:..... | 40 |
| CLÁUSULA XXIV. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:..... | 40 |
| SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS... 41 | 41 |
| CLÁUSULA XXV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO..... | 41 |
| CLÁUSULA XXVI. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS..... | 44 |
| CLÁUSULA XXVII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO..... | 45 |
| CLÁUSULA XXVIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES..... | 45 |
| SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES..... | 46 |



CONDICIONES GENERALES

| | |
|--|-----------|
| CLÁUSULA XXIX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA..... | 46 |
| CLAUSULA XXX. MODIFICACION Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA..... | 46 |
| CLÁUSULA XXXI. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA..... | 47 |
| CLÁUSULA XXXII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO..... | 47 |
| SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS | 48 |
| CLÁUSULA XXXIII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN..... | 48 |
| CLÁUSULA XXXIV. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA..... | 49 |
| CLÁUSULA XXXV. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN | 49 |
| CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN | 49 |
| CLÁUSULA XXXVII. PRESCRIPCIÓN | 50 |
| CLÁUSULA XXXVIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA | 50 |
| CLÁUSULA XXXIX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO | 50 |
| SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS..... | 50 |
| CLÁUSULA XL. LEGISLACIÓN APLICABLE..... | 50 |
| CLÁUSULA XLI. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS | 51 |
| SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES..... | 51 |
| CLÁUSULA XLII. COMUNICACIONES | 51 |
| CLÁUSULA XLIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO | 51 |
| SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO | 51 |
| CLÁUSULA XLIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS | 52 |



CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Entre nosotros, el **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, titular de la cédula jurídica 400000-1902-22 en adelante denominado INSTITUTO se compromete con quien se suscribe en la solicitud del seguro como **ASEGURADO Y/O TOMADOR**, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas por el **ASEGURADO Y/O TOMADOR** en la solicitud que origina este contrato, la cual es parte integral del mismo.

El suscrito firmante, en mi condición de representante legal con facultades suficientes para este acto, declaro el compromiso contractual del **INSTITUTO** de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

MBA. Luis Fernando Monge Salas
Gerente General a.i
Cédula jurídica 4-000-001902



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza.

1. **ABORTO ESPONTÁNEO:** es un cuando el embrión o feto fallece por un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.
2. **ACCIDENTE.** Suceso provocado por una acción repentina, violenta, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
3. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es la figura del Instituto que coordinará cuando corresponda, la prestación de los servicios a nivel nacional e internacional.
4. **APARATOS DE APOYO.** Se refiere a las prótesis o aparatos externos 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.
5. **ASEGURADO:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Se considera como tal al Asegurado Directo y a sus dependientes asegurados y debidamente registrados en la póliza.
6. **ASEGURADOS DEPENDIENTES:** Son las siguientes personas, que se encuentren debidamente registradas en la póliza y que deben tener la siguiente relación con el asegurado directo:
 - a. El cónyuge o conviviente.
 - b. Los hijos del Asegurado Directo, de su cónyuge o conviviente, que sean solteros, económicamente dependientes, estudiantes cuya edad no supere la indicada en las Condiciones Particulares.
 - c. Los hijos del Asegurado Directo, de su cónyuge o conviviente mayores de la edad indicada para hijos en las Condiciones Particulares, con alguna discapacidad y que sean económicamente dependientes.
 - d. Otro Dependiente: Persona diferente a las indicadas en los incisos anteriores que debe demostrar su grado de consanguinidad o afinidad y la dependencia económica que tiene del con el Asegurado Directo para



CONDICIONES GENERALES

que sea aceptado como asegurado dentro de la póliza; en esta categoría se pueden incluir, previa autorización por parte del Instituto los padres, hermanos, sobrinos u otros parentescos indicados en las Condiciones Particulares.

7. **ASEGURADO DIRECTO:** Es la persona física nombrada Asegurado titular o principal en la póliza.
8. **ASEGURADOR:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
9. **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL:** Es la suma máxima asegurada indemnizable por cada cobertura o sublímite definido para cada Asegurado, durante el año póliza, establecida en las Condiciones Particulares.
10. **BENEFICIARIO:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto en caso de fallecimiento del Asegurado Directo y en caso de haberse suscrito la cobertura de Muerte Accidental y no Accidental.
11. **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Es aquella intervención quirúrgica que recibe el Asegurado, cuando no esté registrado como paciente de cama, en el centro hospitalario y permanezca en este menos de veinticuatro (24) horas. También conocida como cirugía de corta estancia ya que el paciente es intervenido quirúrgicamente y se le brinda la salida en menos de 24 horas.
12. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir al Asegurado.
13. **CONDICIÓN GENÉTICA.** Afección o trastorno patológico causado por alteración del genoma.
14. **CONVIVIENTE.** Persona que cohabita con el Asegurado por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable.
15. **COSTO DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos que cobra a personas que presenten enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares. Este costo determinará el monto máximo a indemnizar por un servicio u honorario médico. Para el ámbito de cobertura regional fuera de Costa Rica y Centroamérica se aplicarán los costos de servicios médicos del INS. Para el



CONDICIONES GENERALES

ámbito de cobertura internacional, se aplicarán los costos de servicios médicos según el área geográfica donde recibió la atención o servicio.

16. **DEDUCIBLE ANUAL.** Suma única anual acumulable establecida en las Condiciones Particulares que debe cubrir el Asegurado, previo a que el seguro inicie su cobertura.
17. **DEPORTE.** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.
18. **DONANTE.** Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un asegurado de esta póliza.
19. **EDAD.** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:
 - a) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
 - b) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
20. **EMERGENCIA.** Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (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.
21. **ENFERMEDAD.** 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.
22. **ENFERMEDAD CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA.** Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematuridad.
23. **ENFERMEDAD CONTAGIOSA.** Enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).



CONDICIONES GENERALES

24. **ENFERMEDAD EPIDÉMICA.** Enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan en un país o región o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales o de un país o región facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
25. **ENFERMEDAD MENTAL.** Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida.
26. **ENFERMEDAD PANDÉMICA:** Enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiólogos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan simultáneamente en más de un país o continente o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales con facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.
27. **ENFERMEDADES GRAVES.** Alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas como enfermedades graves por la póliza.
28. **ESTERILIDAD:** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
29. **GASTOS AMBULATORIOS.** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe un Asegurado, siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica o que permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
30. **GASTOS INDEMNIZABLES:** Son los gastos de servicios médicos incurridos por el Asegurado y cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del pago de deducible y coaseguro.



CONDICIONES GENERALES

31. **GASTOS NORMALES DEL RECIÉN NACIDO.** Son los gastos necesarios para la atención del recién nacido en la sala de parto, lo cuales disminuyen el Sublímite de Maternidad de la madre.
32. **GASTOS OPERATIVOS:** Están compuestos por la sumatoria de los siguientes rubros: costos de administración, costos de distribución, utilidad y comisión de cobro si la hubiere.
33. **GASTOS PRENATALES.** Son los gastos derivados del período de embarazo comprendido entre el momento de la concepción y el inicio del parto y que están relacionados con la condición de embarazo.
34. **GASTOS POSTNATALES.** Son los gastos posteriores al parto y que se producen en un período máximo de ocho (8) semanas posteriores al nacimiento y que están relacionados con la condición de embarazo.
35. **GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que, mediante el matrimonio, se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
36. **GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
37. **HOSPITAL O CLÍNICA.** Institución legalmente autorizada por las autoridades competentes del país como centro médico y quirúrgico la cual provee, primordialmente, instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de un personal médico. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales las casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.
38. **HOSPITALIZACIÓN.** Es el momento en el que un Asegurado es ingresado en un hospital, es registrado como paciente de cama y se mantiene en esa condición por un periodo continuo mayor a veinticuatro (24) horas.
39. **INFERTILIDAD.** Es la incapacidad de la pareja para conseguir finalizar la gestación de forma satisfactoria.
40. **LICENCIA HABILITANTE.** Documento formal otorgado por el Estado de Costa Rica que faculta a una persona para conducir el vehículo involucrado en el accidente y ésta no se encuentre suspendida al momento del accidente.



CONDICIONES GENERALES

41. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
42. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO QUIRÚRGICOS.** Tales como pero no limitados a:
- a) Método del moco cervical.
 - b) Condón masculino.
 - c) Condón femenino.
 - d) Diafragma.
 - e) Espermaticidas.
 - f) Esponjas vaginales.
 - g) Dispositivos intrauterinos.
 - h) Anticonceptivos orales.
 - i) Anticonceptivos inyectados.
43. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUIRÚRGICOS:** son los anticonceptivos definitivos implantados mediante un proceso quirúrgico, los cuales impiden el contacto entre espermatozoide y óvulo.
44. **PACIENTE RECEPTOR.** Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.
45. **PERÍODO DE CARENCIA.** Período de tiempo con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza durante el cual no se amparará la reclamación.
46. **PERÍODO DE GRACIA.** Es el período después del vencimiento de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo el contrato mantiene los derechos para el Asegurado, siempre y cuando la prima sea cancelada en el período establecido.
47. **PRÁCTICA COMPETITIVA DE DEPORTE:** Es la práctica que se desarrolla en un ámbito formal, donde media la competición por un premio (económico o no), no obstante, la actividad no constituye la principal fuente de ingreso del asegurado.
48. **PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTE:** Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o



CONDICIONES GENERALES

dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su principal medio de ingreso.

49. **PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA.** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.
50. **PREEXISTENCIA.** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, así como sus secuelas que, con anterioridad a la adquisición de esta póliza, haya sido:
- a. Diagnosticada por un médico.
 - b. De la que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.
 - c. Recibido tratamiento médico, servicios o suministros.
 - d. Practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos pertinentes.
 - e. Tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
51. **PREMATUREZ.** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
52. **PRIMA.** Precio que debe satisfacer el Tomador del seguro o el Asegurado al asegurador, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el asegurador asume.
53. **PRÓTESIS QUIRÚRGICA:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
54. **PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.
55. **RAZÓN DE SINIESTRALIDAD:** Es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (corresponde a siniestros pagados más siniestros pendientes de pago de ese mismo año póliza) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.
56. **SALA DE EMERGENCIA.** Es la sección del hospital o clínica con personal y equipo necesario para proveer cuidado de emergencia a las personas que requieran tratamiento médico o quirúrgico inmediato.



CONDICIONES GENERALES

57. **TOMADOR DEL SEGURO.** Persona jurídica que contrata el seguro por cuenta propia.
58. **TRASPLANTE.** Es el procedimiento quirúrgico, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un Asegurado, uno de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donante.
59. **TRATAMIENTO EXPERIMENTAL.** Tratamiento, procedimiento, medio diagnóstico, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.
60. **TOXEMIA GRAVÍDICA.** Enfermedad del embarazo que produce hinchazón de piernas, elevación de la presión arterial y exceso en la eliminación de las proteínas a través de la orina.
61. **TRATAMIENTOS DE PODOLOGÍA O PODIÁTRICOS:** Se refieren a los gastos correspondientes a cirugía y el tratamiento de los desórdenes del pie, incluyendo, callosidad, juanetes, verrugas, plantares, Hallux Valgus, neuroma de Mortin, fascitis plantar, pies planos, y el dedo de martillo.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza: La cotización de seguro aceptada por el Tomador del Seguro o el Asegurado Directo, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como la adenda y el certificado en la modalidad colectiva.

El orden de prelación de los documentos que constituyen la póliza es el siguiente: Condiciones Particulares, Certificado, Condiciones Generales, Cotización del Seguro, Solicitud del Seguro, la declaración de salud, las pruebas de asegurabilidad. Cada uno de estos documentos incluyen sus respectivos adenda, si los tuvieron.



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto máximo de beneficios indicados en las Condiciones Particulares, el Instituto cubrirá los costos por servicios médicos, incurridos por el Asegurado en Costa Rica, Centro América y/o el resto del mundo, según lo indicado en las Condiciones Particulares; como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza y de acuerdo con las cláusulas siguientes.

En caso de que la modalidad de seguro sea Internacional (incluyendo Grandes Deducibles) los montos por indemnizar serán cubiertos de acuerdo con los costos de servicios médicos vigentes en el país en el que se encuentre el Asegurado al momento de requerir el servicio.

Si la modalidad de seguro es Regional, si el (los) Asegurado (s) reciben atención médica fuera de Centro América, se cubrirán por reembolso los gastos incurridos y cubiertos por el seguro, de acuerdo con los costos de servicios médicos vigentes para Centro América y aplicando las condiciones de fuera de red.

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse, en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero, cuando corresponda. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen los sesenta (60) días de cobertura, se utilizarán las demás coberturas de este Seguro de INS Medical, una vez superado el deducible anual.

CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares.

A partir de la siguiente renovación anual y una vez se hayan alcanzado los setenta (70) años este límite será reducido de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares. No obstante, si el Asegurado desea mantener su monto asegurado, sin reducción de este, únicamente deberá pagar la prima correspondiente a dicho riesgo.



CONDICIONES GENERALES

En caso de que el Asegurado se incluya al seguro, con setenta (70) años o más, el monto asegurado máximo por año póliza contratado será el mismo establecido en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. Asegurado Directo.
2. Cónyuge o conviviente.
3. Los hijos nacidos o no al amparo de esta póliza.
4. Otros dependientes debidamente aceptados por el Instituto.

CLÁUSULA VI. COBERTURAS

Este seguro cuenta con coberturas básicas y con coberturas adicionales:

1. Coberturas básicas:

- a) Cobertura de gastos médicos.
- b) Cobertura de asistencia al viajero.
- c) Cobertura de chequeos.
- d) Cobertura por fallecimiento.
- e) Cobertura dental por accidente y/o emergencia.

2. Coberturas Adicionales:

El Asegurado Directo o el Tomador de seguro, mediante el pago de una extraprima, podrán suscribir solamente una de las siguientes coberturas adicionales:

- a) Cobertura para enfermedades y accidentes graves.
- b) Cobertura adicional de cáncer.

Las coberturas adicionales se podrán suscribir en el plan regional y son excluyentes entre sí.

En el caso del plan internacional (incluyendo Grandes Deducibles) ya forman parte de la cobertura básica.

La cobertura adicional elegida por el Asegurado Directo y/o el Tomador de seguro se incluirá dentro de las Condiciones Particulares y será parte integral de este seguro.



CONDICIONES GENERALES

Además, en caso de tratarse de un seguro colectivo, aplicará para todos los miembros de este.

CLAUSULA VII. COBERTURAS BÁSICAS

1. Cobertura de Gastos médicos.

1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y **se otorgan una vez superado el deducible anual elegido y** hasta los límites establecidos para cada caso según las Condiciones Particulares de este contrato.

a) Maternidad

Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas, cubriéndoles los gastos pre y post-natales, aborto y/o amenaza de aborto y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta los límites especificados en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

Para efectos de los gastos presentados bajo esta cobertura, se indemnizará conforme a lo estipulado en cada punto:

- i. **Parto normal:** Gastos prenatales y postnatales o aborto (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares).
- ii. **Complicaciones durante el embarazo o el postparto** (monto máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares). Esta cobertura es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de Maternidad.

Se cubrirán como complicaciones de embarazo y postparto, aquellas que se enmarquen en las siguientes situaciones:

1. Amenaza de aborto.
2. Hiperémesis gravídica (achaques) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
3. Óbito fetal (muerte fetal).



CONDICIONES GENERALES

4. Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas.
 5. Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
 6. Embarazo extrauterino (fuera del útero).
 7. Eclampsia.
 8. Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
 9. Placenta previa.
 10. Ruptura uterina.
 11. Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
 12. Diabetes inducida por el embarazo.
 13. Ruptura prematura de membranas.
 14. Amenaza de parto inmaduro.
 15. Amenaza de parto prematuro.
 16. Infección del líquido amniótico.
 17. Oligoamnios.
 18. Polihidramnios.
 19. Colestasis del embarazo.
 20. Ictericia del embarazo.
 21. Hemorragias del embarazo.
 22. Anemia gestacional.
 23. Anormalidades dinámicas del trabajo de parto.
 24. Síndrome de Sheehan.
 25. Hemorragia uterina postparto.
 26. Desgarros de la vagina, la piel (periné), recto.
 27. Infección de la vulva y/o vagina.
 28. Endometritis (fiebre puerperal).
 29. Infección de la herida (del piquete o de la cesárea).
 30. Mastitis (inflamación de la mama).
 31. Absceso mamario.
 32. Tromboflebitis (inflamación de las venas).
 33. Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
 34. Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
 35. Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
 36. Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).
 37. Complicación que amerite cirugía del feto
- iii. **Parto por Cesárea:** Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto



CONDICIONES GENERALES

máximo por embarazo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares).

En caso de que existan gastos gestionados por pago directo, cualquier reembolso que se presente queda sujeto a que la Compañía de Seguros realice previamente el pago al proveedor, y se indemnizará como máximo el saldo de cobertura que haya en el sublímite una vez realizado este pago.

Los gastos por concepto de maternidad se acumularán en primera instancia en el sublímite i. correspondiente a parto normal; no obstante, en caso de que se practique o se coordine una cesárea, se indemnizará la diferencia entre el monto asegurado correspondiente a este punto (iii) y el monto del punto i. (parto normal) para completar la suma definida en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

b) Trasplantes

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. El límite del beneficio anual para esta cobertura indicado en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares será por concepto de gastos ambulatorios u hospitalarios e incluye todos los gastos médicos por servicios prestados al donador, aplicando el deducible anual, y coaseguros correspondientes. Para los Asegurados con edades de setenta (70) años o más, el límite del beneficio se establece en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.
- ii. Los órganos cubiertos para el beneficio del trasplante son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado.
- iii. **En adición a lo indicado en las Cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza, para esta cobertura no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:**
 1. **Como resultado de lo relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto.**



CONDICIONES GENERALES

2. **Las consideradas como experimentales o investigativas.**
3. **Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o sean artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.**
4. **Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.**

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

c) Aparatos de apoyo

Mediante este seguro por año póliza, se cubre hasta el sublímite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, de las Condiciones Particulares, las prótesis o aparatos externos de apoyo que sean requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

En el caso de requerirse sustitución de dichos dispositivos, la misma se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del aparato a reemplazar.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

d) Enfermedades congénitas del recién nacido

Están cubiertas bajo esta póliza las enfermedades congénitas de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por este seguro, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares. En estos casos, los gastos cubiertos serán



CONDICIONES GENERALES

pagados hasta por el límite anual o cantidad de sesiones establecidas en la Cláusula de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

En los casos en los que el niño que padece la enfermedad congénita, no se incluya dentro de la póliza en el período establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares y se incluya posteriormente, se debe presentar la solicitud de seguro y continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento y se aplicará la Cláusula de Gastos Excluidos, inciso 6 de esta póliza.

No se sublimita las afecciones o trastornos producto de una condición genética, de conformidad con la definición del presente contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato

e) Prematurez

Están cubiertos bajo esta póliza los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del Asegurado, cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como Asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual o cantidad de sesiones establecidas en la Cláusula de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

f) Enfermedades epidémicas y pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas y/o contagiosas y pandémicas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.



CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato

g) Práctica competitiva de fútbol

Están cubiertos bajo esta póliza los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica competitiva de fútbol, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practiquen en forma profesional.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

h) Ambulancia aérea

Previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos y del médico tratante, en caso de producirse una enfermedad o un accidente cubierto por esta póliza y el tratamiento no pueda ser efectuado en el país donde el Asegurado esté hospitalizado y siempre que la condición médica del paciente no le permita viajar en una línea aérea regular de pasajeros, el Instituto hará las coordinaciones correspondientes para el transporte aéreo en un avión particular, debidamente acondicionado con el personal y equipo médico adecuado hasta por el límite anual establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

Quedan incluidos bajo esta cobertura, sin que exceda el límite de esta, los gastos del viaje equivalente al precio de un pasaje en avión en clase económica, para el Asegurado y una persona acompañante, al domicilio del Asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa (90) días naturales después de concluido el tratamiento.



CONDICIONES GENERALES

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

i) Deportes

Están cubiertos los gastos médicos relacionados con deportes que se practiquen en forma recreativa hasta el límite máximo anual establecido en la Cláusula Coberturas de las Condiciones Particulares de la presente póliza, lo anterior para los siguientes deportes:

Rafting, uso de vehículos acuáticos con / sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca deportiva, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, motocross, bicicross, cuadracilos, cuadracross, surfing, futbol americano, rugby, artes marciales mixtas, toreo y participación en corridas de toros, snowboard, esquí (cualquier modalidad), skateboard, kite surf, moto náutica, wind surf, moto de nieve, sand board y grass boards.

Los deportes que no se detallan, se amparan por el beneficio máximo anual del contrato.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando este deporte se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido y se aplicará el deducible anual escogido, el copago (en los casos que corresponda) y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

Se exceptúa de la presente cobertura buceo y la práctica competitiva de fútbol.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato

j) Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas)

Se cubren hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares, los gastos relacionados con enfermedades mentales o trastornos nerviosos.



CONDICIONES GENERALES

No incluye incapacidad del aprendizaje, desórdenes de actitud o problemas disciplinarios dado que estos no son enfermedades.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

k) Tratamiento médico del Virus del Papiloma Humano

Podrán gozar de esta cobertura, las mujeres aseguradas en calidad de Asegurada Directa, cónyuge, conviviente o dependiente del Asegurado Directo, cubriendo los gastos relacionados con el Virus del Papiloma Humano, se cubren hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares

1.2. Gastos médicos sujetos a condiciones especiales:

Los gastos serán otorgados como parte del Beneficio Máximo Anual por Persona, según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares y hasta los límites establecidos para cada caso. Adicionalmente están sujetos a lo dispuesto en las Cláusulas de Gastos Cubiertos, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

a) Gastos ambulatorios por accidentes

Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos de acuerdo con la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. Si a consecuencia del accidente el Asegurado requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato

En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido y el coaseguro.



CONDICIONES GENERALES

b) Transporte por evacuación

Cubre de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares y previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos, los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, de conformidad con el ámbito de cobertura indicado en las Condiciones Particulares, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso. **En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido y el coaseguro.**

c) Emergencias durante viajes en el extranjero

- i. Todos los beneficios de esta cobertura serán otorgados según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares y serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia, los gastos serán cubiertos de acuerdo con las condiciones del contrato, según los requisitos para la presentación de un reclamo.
- ii. El ámbito territorial de las coberturas se extiende a Centro América o a todo el mundo (excepto Costa Rica), según la modalidad contratada. Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones de la presente póliza.
- iii. Esta cobertura operará, cuando se trate de un accidente o enfermedad aguda, en exceso de la cobertura de Asistencia al Viajero que se describe en el Anexo N°1, siempre y cuando el Asegurado se comunique con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará esta cobertura.



CONDICIONES GENERALES

iv. Las coberturas que se otorgan son:

1. Evacuación y/o repatriación por razones médicas

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia al determinarse que el Asegurado sea evacuado y/o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar la emergencia. Esta cobertura opera superada el deducible anual elegido.

Para estos casos, el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, facilitarán una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea común, por la ruta más directa y adecuada.

El proceso de evacuación o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en factores médicos. Sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

2. Repatriación de restos mortales

En caso de que un Asegurado fallezca a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el Instituto, por intermedio del Administrador de Servicios Médicos, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

3. Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad

Cuando por accidente o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el Asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica, se cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**



CONDICIONES GENERALES

d) Gastos médicos en el extranjero

Los gastos ocasionados por atenciones médicas en el extranjero forman parte del beneficio máximo por año indicado en la **Cláusula Beneficio Máximo Anual** por Persona Asegurada y serán cubiertos, **una vez superado el deducible anual elegido**, de acuerdo con las siguientes condiciones:

i. Hospitalización

1. Los casos de hospitalización que no sean considerados como emergencias deberán ser comunicados al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos con cinco (5) días hábiles de anticipación.

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el Instituto o el Administrador de Servicios Médicos, con la finalidad de utilizar un hospital o clínica que pertenezca a la Red de Proveedores y sea el más conveniente en sus costos, siempre que otorgue las mismas garantías y calidad en el servicio médico.

2. En caso de una hospitalización de emergencia, se deberá dar aviso al Instituto y/o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas a la admisión, aunque el Asegurado haya sido dado de alta.

Los casos de incumplimiento en dar aviso al Instituto dentro de los plazos indicados en los incisos 1. y 2. anteriores, impedirán que el Instituto asuma el pago de los gastos cubiertos directamente al hospital o clínica, debiendo el Asegurado pagar todos los gastos y presentarlos para su reembolso, los cuales se liquidarán de acuerdo con las condiciones de la póliza. En este caso se considerarán para los efectos de la liquidación del reclamo los costos de servicios médicos de Costa Rica y Centro América.

ii. Atención Ambulatoria

1. Los casos de atención ambulatoria bajo el sistema de la Red de Proveedores deberán ser coordinados y autorizados por el Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, debiendo estar aprobados con anticipación.



CONDICIONES GENERALES

2. Los casos de atención ambulatoria por reembolso serán pagados de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

2. Cobertura de asistencia al viajero

Esta póliza contiene en el Anexo N°1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte de este contrato. **Esta cobertura aplica sin el deducible anual elegido, hasta por el monto asegurado de la misma.** Los gastos en exceso, si los hubiere, serán cubiertos por el seguro médico una vez **superado el deducible anual elegido.**

3. Cobertura de chequeos

Los chequeos serán cubiertos siempre que así se encuentre establecido en las Condiciones Particulares y únicamente coordinados con la Red de Proveedores del INS, de lo contrario el Instituto no los cubrirá. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido ni el coaseguro.**

a) Chequeo oftalmológico

Se otorga un chequeo oftalmológico anual a partir de la segunda renovación anual de cada asegurado en la póliza, es decir, a partir del tercer año de contar con el seguro. El mismo consiste en una consulta oftalmológica para medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular.

b) Chequeo general

El chequeo general se otorga a partir de la segunda renovación anual de cada asegurado en la póliza, es decir, a partir del tercer año de contar con el seguro.

4. Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona y están sujetos a lo dispuesto en las cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza. **En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido ni el coaseguro.**



CONDICIONES GENERALES

a) Muerte

Este beneficio indemniza hasta la suma máxima establecida en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato, por concepto de muerte de alguno de los Asegurados por esta póliza, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones estipuladas en la misma. No obstante, si la forma de pago de la prima no fuera anual, se deducirá de este monto lo que corresponde a la prima pendiente de pago para completar la prima anual.

Para todas las coberturas de esta póliza, en caso del deceso del Asegurado Directo, la indemnización será pagada, de conformidad a lo establecido en la Cláusula XII. Beneficiarios, del presente Contrato.

b) Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares del presente contrato, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación se deben presentar las facturas originales y/o digitales pagadas las cuales deben mostrar el gasto correspondiente.

c) Liberación del pago del seguro por fallecimiento del Asegurado Directo

En caso de fallecimiento del Asegurado Directo, el Instituto otorgará cobertura a los dependientes asegurados bajo la misma póliza por el período máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares, sin el pago de la prima, contados a partir de la próxima fecha de vencimiento anual de la póliza, por lo que, en caso de pago fraccionado de la prima, los asegurados sobrevivientes deben pagar las primas de los períodos respectivos hasta completar el año póliza. Este beneficio se ofrece siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza

Se mantendrán asegurados los dependientes inscritos bajo la misma póliza en que se encontraba Asegurado el fallecido.

Para las coberturas anteriores, si la persona beneficiaria causa la muerte de la persona asegurada por dolo o culpa grave perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a esa persona beneficiaria.



CONDICIONES GENERALES

5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia.

Este seguro ofrece cobertura dental tanto por accidente como por emergencias. **En esta cobertura no aplican el deducible anual elegido ni el coaseguro.**

La cobertura por accidente aplica de acuerdo con la definición establecida en este contrato. En la cláusula de Presentación de Reclamos se indican los requisitos para el pago de este beneficio.

Si a causa del accidente el Asegurado requiere una prótesis dental, ésta será cubierta únicamente si es reemplazo de piezas dentales naturales.

La cobertura dental por emergencia se rige según lo establecido en el Anexo N°2, el cual forma parte de este contrato.

CLÁUSULA VIII. GASTOS CUBIERTOS

Esta póliza cubre los costos de servicios médicos brindados en Costa Rica, Centro América o en el país donde se efectúe el tratamiento, ordenados por un médico y siempre que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, sea como hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y **habiendo superado el deducible anual elegido.**

Para los deducibles igual o superiores a \$5.000,00, el deducible elegido se acumulará con los importes de los gastos cubiertos por la póliza, que correspondan los costos de servicios médicos, aplicándose por persona y por año póliza.

El Asegurado Directo y/o sus dependientes asegurados podrán hacer uso de la Red de Proveedores, para los casos de hospitalización y tratamientos ambulatorios, amparados por esta póliza. En caso de no utilizar la Red de Proveedores, el Asegurado deberá efectuar el pago de los gastos directamente y tramitar ante el Instituto el reembolso, para el cual se aplicará lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.



CONDICIONES GENERALES

1. Gastos hospitalarios:

- a) Habitación individual, normal o bipersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados.
- d) Medicamentos.
- e) Electrocardiograma, metabolismo basal u otro examen o estudio especializado requerido.
- f) Máximo veinte (20) sesiones de terapia al año póliza por condición y/o enfermedad y veinte (20) sesiones por accidente, independientemente si se incurren en forma ambulatoria u hospitalaria. Dichas terapias deben estar reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, según corresponda.
- g) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o administración de anestesia, según costos de servicios médicos.
- h) Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.
- i) Prótesis Quirúrgicas*

***En el caso de requerirse sustitución de dichas prótesis la misma se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del dispositivo a reemplazar.**

2. Gastos ambulatorios (sin hospitalización):

- a) Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b) Medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas y otras pruebas o exámenes especiales que el médico considere necesarios.
- c) Cirugías ambulatorias.
- d) Alquiler de equipo.
- e) Uso de sala de operaciones.
- f) Máximo veinte (20) sesiones de terapia al año póliza por condición y/o enfermedad y veinte (20) sesiones por accidente, independientemente si se incurren en forma ambulatoria u hospitalaria. Dichas terapias deben estar reconocidas por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica o el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, según corresponda.
- g) En caso de cuidados a domicilio por personal de enfermería, se establece un máximo de treinta (30) días por año póliza, siempre que sea un accidente o enfermedad cubierto.



CONDICIONES GENERALES

- h) Ambulancia terrestre. Se cubre mediante previa coordinación con la Unidad de Asistencia del Instituto, siempre y cuando sea medicamente justificada su utilización.

3. Emergencias

Serán considerados bajo este concepto, aquellos gastos por servicios médicos prestados en las primeras veinticuatro (24) horas en sala de emergencia, siempre y cuando la enfermedad que origina la emergencia no sea preexistente ni se encuentre en período de carencia.

Para los gastos detallados en los puntos 1, 2 y 3 anteriores se aplicará el deducible anual y coaseguros correspondientes, estipulados en las Condiciones Particulares; excepto que se trate de un accidente cubierto por la póliza, según lo indicado en la Cláusula Coberturas Básicas, punto 1.2 Gastos médicos sujetos a condiciones especiales, inciso a. Gastos ambulatorios por accidentes.

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

CLÁUSULA IX. PERÍODOS DE CARENCIA

Se establece un período durante el cual el asegurado no podrá hacer uso de la póliza y el Instituto no está obligado a indemnizar. Este período inicia en la fecha de emisión del seguro y finalizará de acuerdo con la Cláusula de Períodos de Carencia establecida en las condiciones particulares.

El período de carencia no aplica cuando el reclamo sea a causa de un accidente.

CLÁUSULA X. RIESGOS EXCLUIDOS

Esta póliza no cubre los gastos ocasionados por y/o a consecuencia de:

1. Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o en los que no medie la acción repentina de un agente externo.
2. Accidentes ocurridos al Asegurado, con o sin intención, cuando éste último se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas o estupefacientes, no prescritos por un médico u odontólogo.



CONDICIONES GENERALES

3. Accidentes ocurridos al Asegurado mientras conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentre desempeñando sus funciones laborales.
5. El accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.
6. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, insurrección, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el Asegurado esté participando.

CLÁUSULA XI. GASTOS EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos, así como las pruebas médicas derivados y/o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo, o por uno que no se encuentre activo o habilitado por el Colegio Profesional respectivo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades Congénitas del recién nacido.
3. Se cubren los controles médicos de seguimiento a una enfermedad cubierta por la póliza.
4. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.
5. Tratamientos experimentales.
6. Condiciones genéticas, 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.



CONDICIONES GENERALES

7. Trastornos, enfermedades o deficiencias emocionales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.
8. Toda aquella enfermedad mental no tratada por médico con especialidad en psiquiatría.
9. 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.
10. Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.
11. Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.
12. Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del consumo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.
13. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio) excepto lo establecido en la cláusula de COBERTURAS BÁSICAS, 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).*
14. Métodos anticonceptivos quirúrgicos y no quirúrgicos
15. Vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva.
16. Energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.
17. Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastía; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.
18. Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.



CONDICIONES GENERALES

19. Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y 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. Solo aplica un juego de lentes por vigencia póliza.
20. Prótesis dentales, excepto que sean reemplazos de piezas dentales naturales.
21. Gastos odontológicos que no sean producto de una emergencia médica.
22. Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, 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.
23. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.
24. Consultas y/o tratamientos podiátricos.
25. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.
26. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, plantillas ortopédicas y cualquier otro tipo de soporte, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
27. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
28. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteopenia y osteoporosis.
29. Exámenes y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionada con ello.
30. Implantación de embriones.



CONDICIONES GENERALES

31. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.
32. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.
33. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas).
34. Las patologías y lesiones donde el Virus de Papiloma Humano se encuentre presente como un factor contribuyente para provocarlas, excepto si fue suscrita la Cobertura de Tratamiento médico del Virus de Papiloma Humano, indicada en el Anexo de Coberturas, según se detalla en las Condiciones Particulares.

Esta exclusión no abarca las lesiones en la piel, salvo que se encuentre en piel de genitales o región perianal y de periné.

35. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno 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.
36. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
37. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad, así como la auto prescripción médica.
38. 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.
39. Tratamientos y/o cirugías no reconocidas por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales.
40. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.



CONDICIONES GENERALES

41. Se excluye la práctica de cualquier deporte en forma profesional
42. No se cubren prótesis externas, excepto por un accidente cubierto por el seguro.
43. Todo tipo de tratamiento, consulta, y/o cirugía por concepto de: vasectomía, salpingectomía y circuncisión.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA XII. BENEFICIARIOS

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

1. Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
2. Por fallecimiento de los Asegurados dependientes, el Asegurado Directo, o en su defecto, los herederos legales de los mismos.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.



CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XIII. MUERTE DEL ASEGURADO POR EL BENEFICIARIO

El Beneficiario que cause la muerte del Asegurado por dolo perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a ese Beneficiario.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que el Asegurado Directo y sus dependientes inscritos residen en Costa Rica. En caso de que alguno de los asegurados esté fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos o no, el Asegurado o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto.

Si el Asegurado y/o sus dependientes se trasladan a residir fuera de la región centroamericana deberán cambiar su póliza a un Seguro de INS Medical Internacional, en cuyo caso se aplicarán las condiciones de residencia definidas para dicho producto.

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:

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

En caso de que la modalidad contratada corresponda a una cobertura Internacional, se aplicarán los siguientes recargos:

a. Póliza Familiar:

Se aplicará un recargo de un 25% a la prima del grupo familiar, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina u otra latitud.



CONDICIONES GENERALES

Si el Asegurado va a residir en cualquier país de Latinoamérica (excepto Argentina), no hay recargo.

b. Póliza Unipersonal:

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

Si el Asegurado va a residir en cualquier país de Latinoamérica (excepto Argentina), no aplica recargo.

Si el Asegurado o Tomador no informan al Instituto sobre su cambio de residencia en el extranjero la póliza quedará resuelta o la persona que reside fuera del país se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación.

CLÁUSULA XV. DEDUCIBLE ANUAL

Para poder hacer uso del seguro, el Asegurado deberá asumir el deducible anual indicado en las Condiciones Particulares de este contrato.

Para la acumulación de este deducible anual, el Asegurado deberá presentar al Instituto los siguientes documentos:

- a.** Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b.** Facturas originales y/o digitales (En el caso de Costa Rica, autorizadas, según Ministerio de Hacienda).
- c.** Prescripciones y recetas médicas.
- d.** Resultados de los exámenes.

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo de servicios médicos de los gastos indemnizables aplicando los coaseguros que correspondan, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por el Asegurado, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

Una vez que el Asegurado alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos incurridos por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo de servicios médicos y contemplando los coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada.



CONDICIONES GENERALES

En caso de un mismo núcleo familiar, se aplicará un tope máximo de deducibles por año póliza, el cual se indicará en las condiciones particulares.

Para el caso de los deducibles superiores a \$5.000,00, una vez superado este deducible, el Instituto procederá a realizar los reembolsos de los gastos por siniestros cubiertos por el seguro.

El procedimiento para la aplicación del deducible escogido por el Asegurado se detalla en el Anexo #5 de este contrato.

CLÁUSULA XVI. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada, por concepto de coaseguro se define en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XVII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión, inexactitud o declaraciones falsas en que deliberadamente incurra el Asegurado o el Beneficiario, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la valoración del riesgo u ocurrencia del siniestro.

Si la omisión o inexactitud no es intencional, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

CLÁUSULA XVIII. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

El Asegurado y/o Tomador se compromete, a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplir con la Política Conozca a su Cliente, asimismo, se compromete a realizar la actualización de los documentos, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada en un plazo de diez (10) días hábiles.

CLÁUSULA XIX. OTROS SEGUROS

En caso de que el Asegurado Directo y/o sus dependientes asegurados gozaran de otro u otros seguros de otras compañías de seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por el Instituto, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto, para lo cual el Instituto coordinará los pagos con las otras compañías.



CONDICIONES GENERALES

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte, en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

CLÁUSULA XX. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto tiene derecho de hacer examinar al Asegurado Directo y/o sus dependientes cubiertos por el seguro, por los médicos designados por él, para comprobar la procedencia de todo reclamo. Estos gastos serán por cuenta del Instituto.

El Asegurado Directo y sus dependientes están en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de información adicional que necesite el Instituto.

El Instituto, está también autorizado a efectuar la revisión concurrente que consiste en visitar los centros médicos donde se encuentran internados aquellos asegurados que presentan casos de especial complejidad y que requieren de la visita en campo.

El reclamo simulado o fraudulento, hará perder todo derecho o indemnización, sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

CLÁUSULA XXI. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

1. El Asegurado oculta, informa o expone con falsedad o inexactitud todo hecho o circunstancia determinante, concernientes a esta póliza, a los riesgos cubiertos por la misma o al interés del Asegurado en ellos; o en el caso de que se incurra en fraude o juramento falso con respecto a lo anterior, hecho por el Asegurado, tanto antes como después de un siniestro.
2. El reclamo hecho, resulta fraudulento o si el Asegurado u otra persona autorizada por el mismo, actuando en su nombre, utiliza algún medio o recurso ilícito para obtener cobertura bajo el amparo de esta póliza.

En caso de aplicación de esta cláusula las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XXII. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, que podrá acreditarse también de manera fraccionada según la frecuencia escogida, a saber: mensual (únicamente colectivas) trimestral o semestral, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento y de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión, prórroga o renovación de esta póliza.

Si el Asegurado selecciona una forma de pago diferente de la anual, deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en la Cláusula Pago de Primas, de las Condiciones Particulares del presente contrato.

La forma de pago puede ser variada al vencimiento anual de la póliza. Los pagos de primas se podrán realizar en las Sedes o Puntos de Venta del Instituto. Estos pagos, podrán efectuarse en efectivo, depósito bancario o transferencia. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo, la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción. La prima deberá pagarse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al perfeccionamiento del contrato, la fecha acordada de pago en los casos de pago fraccionado y/o el inicio de vigencia de una prórroga o renovación del seguro, según corresponda.

En caso de incumplimiento en el pago de la prima, el INSTITUTO quedará facultado para dar por terminado el contrato de seguros, de conformidad con el procedimiento establecido, en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

CLÁUSULA XXIII. PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima.

Si la forma de pago de prima elegida por el Asegurado Directo o el Tomador del seguro es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.

Las obligaciones del Instituto se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia.



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:

CLÁUSULA XXIV. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA Y/O RENOVACIÓN:

Cuando se dé una prórroga o renovación, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, indicadas en las Condiciones Particulares.

Adicionalmente, en el caso de la modalidad tanto colectiva como individual, se podrá modificar las primas mediante un estudio tarifario, que contemple las siguientes variables:

- a) Las primas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;
- c) Cantidad de asegurados;
- d) Experiencia previa de la cartera de otros productos de salud de esta Aseguradora
- e) Inflación de costos médicos
- f) Edad alcanzada de los asegurados actuales

El cálculo del ajuste de primas aplicables en la renovación o prórroga de estas pólizas se realiza analizando la cartera de pólizas.

Para las individuales se tomará el análisis en conjunto; es decir, considerando la cartera de pólizas individuales como una póliza de grupo. A partir de este análisis, se determina un ajuste requerido por la cartera de pólizas individuales, y dicho ajuste se aplica a todas las pólizas individuales, independientemente de la siniestralidad individual de cada póliza.

En el caso de la modalidad colectiva, el Instituto podrá aplicar descuentos y/o recargos sobre la prima de acuerdo con la siniestralidad que presente la línea colectiva de este seguro y la distribución poblacional del grupo asegurado al momento del análisis y la inflación de costos médicos. Estos ajustes, se definirán en la renovación anual y se deberán comunicar al Tomador del Seguro con al menos treinta (30) días naturales de antelación.

Al determinar el índice de siniestralidad y previo análisis del Instituto, se determinará el porcentaje a aplicar, según sea el rango de índice de la siguiente tabla:



CONDICIONES GENERALES

| Rango de índice de siniestralidad | Porcentaje de Recargo o Descuento |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Desde 0% hasta 35% | Descuento desde 0% de hasta 50% |
| Más de 35% hasta 45% | Descuento desde 0% de hasta 20% |
| Más de 45% hasta 60% | No aplica |
| Más de 60% hasta 100% | Recargo desde 0% hasta 50% |
| Más de 100% | Recargo desde 0% hasta 100% |

Estas revisiones se realizarán en cada renovación y/o prórroga de la póliza.

La modificación en primas se aplicará sea que el Asegurado decida prorrogar tácitamente o renovar su contrato, y será informada con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

En este seguro la suma asegurada se agota por persona, sin importar el número de eventos durante el año póliza, restituyéndose sus límites de cobertura para el año siguiente. Por cada Asegurado se llevará un registro de saldos de la suma asegurada y la responsabilidad máxima del Instituto está limitada a dicha suma y a los sublímites detallados en las Condiciones Particulares, de conformidad con los costos de servicios médicos.

El Asegurado tiene libre elección médica, sin embargo, para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios) que brindan servicios de salud a los Asegurados.

El proveedor afiliado, es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por intermedio del Administrador de Servicios médicos, en atenciones hospitalarias.

Para los servicios ambulatorios, el Asegurado deberá cubrir el costo de los mismos y posteriormente gestionar ante el Instituto el reembolso correspondiente.

La red de proveedores puede consultarse en el sitio www.grupoins.com o mediante la línea gratuita 800-MEDICAL (800-633-4225) o llamando al 2284-8500.

Cuando requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviar un correo electrónico a la dirección autorizacionesins@ins-cr.com, enviar un fax al



CONDICIONES GENERALES

número 2243-9968 o entregar en el Instituto el formulario de Solicitud de pre-autorización, debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

Dicha solicitud debe ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Dentro del plazo indicado el Instituto brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización, al proveedor afiliado que corresponda.

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, de conformidad con las condiciones y montos pre-autorizados. El Asegurado asume el costo del deducible anual y coaseguros estipulados y cualquier otro gasto no cubierto.

El Asegurado también puede utilizar bienes o servicios de otros profesionales de la salud que no estén afiliados, en cuyo caso, la póliza funcionará sólo bajo el sistema de reembolso; en estos casos el médico o clínica no tiene precios negociados y se aplica un coaseguro mayor.

Los gastos serán reconocidos de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual y coaseguros establecidos en dicho documento.

Para el pago de los reclamos, a los gastos presentados e indemnizables, de acuerdo con el costo de servicios médicos, se rebajará el monto del coaseguro, según corresponda y al monto resultante, se aplicará el deducible anual para obtener el monto a pagar, según se establece en las Condiciones Particulares.

Enfermedad Aguda o Accidente fuera del país

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero (Anexo N°1). Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen a los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas del seguro INS Medical, bajo la modalidad de reembolso, si los gastos son efectuados fuera de la región y una vez superado el deducible anual elegido.

Todos los gastos incurridos por el Asegurado tanto dentro como fuera de Red se pagarán de acuerdo con el costo de servicios médicos. En las Condiciones



CONDICIONES GENERALES

Particulares se establece el deducible anual y coaseguro que aplican para los diferentes servicios médicos.

Si el Asegurado se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero, de la póliza; se han dispuesto los siguientes números telefónicos, correspondientes al Administrador de Servicios Médicos:

Números Gratuitos

1 844 865 0804 USA

900 995 484 España

Números Directos

+1 (407) 264-7118 USA

(091) 189-5152 ESPAÑA

+1(407) 264-7118 Canadá/ Caribe/ Resto de las Américas*

+34 (91)189-5152 Europa/ Resto del mundo*

***Llamada para cobrar vía operadora internacional si este servicio se encuentra disponible desde el lugar donde se encuentra. También puede utilizar las líneas +1(305) 590-8016 y/o +34 (91)593-4227 y el correo electrónico: insinternacional@ins-cr.com.**

En el caso de los deducibles altos, a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

Medicina Virtual

El asegurado se pondrá en contacto con un médico a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7 o bien la página medicinavirtual.ins-cr.com, donde podrá solicitar el servicio de medicina virtual en el que se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva, adicionalmente en aquellos casos donde sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá a la prescripción de los mismos, además confeccionará un historial clínico.

La consulta mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir no hay participación del asegurado en deducible, coaseguro, ni copago.

Si mediante medicina virtual se prescribe algún servicio médico, éste quedará sujeto a las condiciones del contrato según el servicio requerido.



CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXVI. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá presentar al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, lo siguiente:

1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas Originales y/o digitales (En el caso de Costa Rica, autorizadas, según Ministerio de Hacienda)
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Resultados de los exámenes.
- e) El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas Originales y/o digitales (En el caso de Costa Rica, autorizadas, según Ministerio de Hacienda)
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- e) Copia de la ficha odontológica completa.
- f) Radiografía posterior al tratamiento.

3. Fallecimiento del Asegurado:

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



CONDICIONES GENERALES

- f) El beneficiario debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.
- g) En caso de presentar solicitud de reembolso, para el beneficio por Cobertura de Sepelio, deberá presentar las Facturas relacionadas (En el caso de Costa Rica, autorizadas, según Ministerio de Hacienda).

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 XXVII. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión al Asegurado, a la última dirección conocida por éste.
2. **Revocatoria:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.
3. **Apelación:** El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al superior jerárquico del departamento que declinó el recurso de revocatoria y ofrecer sus pruebas.
4. **Solicitud de revisión del monto indemnizado:** En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con el costo de servicios médicos de un gasto incurrido y que haya sido indemnizado por el Instituto, podrá solicitar por escrito una revisión del reclamo. El Instituto estará en la obligación de analizar los costos indemnizados y determinar si corresponden al costo de servicios médicos del mercado.

La revisión podrá efectuarse por uno o más peritos, según lo convengan las partes. Los honorarios de los peritos se pagarán según lo acordado por las partes. A falta de un acuerdo se realizará lo dispuesto en el Código Procesal Civil sobre el particular.

CLÁUSULA XXVIII. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

Según la Ley 8956 Ley Reguladora del Contrato de Seguros y Ley 8653 Ley Reguladora del Mercado de Seguros el asegurador está obligado a brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al



CONDICIONES GENERALES

interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir del recibo del reclamo.

El Asegurado podrá consultar sobre el estado del trámite de su reclamo por los siguientes medios:

1. Teléfono: 800-Teleins (800-8353467)
2. Correo electrónico: contactenos@ins-cr.com.

Cuando corresponda el pago o la ejecución de la prestación, esta deberá efectuarse dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la notificación de la aceptación del reclamo.

SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XXIX. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza, es un seguro de gastos médicos anual prorrogable o renovable y entrará en vigor el día en que haya sido aceptado el riesgo.

Asimismo, la vigencia de esta póliza iniciará la fecha indicada en las Condiciones Particulares. Para ambas modalidades, la misma terminará el día de la fecha de aniversario siguiente, entendiéndose prorrogable tácitamente y/o renovable e indefinidamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes exprese por escrito lo contrario con treinta (30) días naturales de antelación al vencimiento.

Esta póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de este Contrato y estará vigente mientras el Asegurado, esté incorporado a la póliza.

CLAUSULA XXX. MODIFICACION Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

El Instituto podrá proponer modificaciones a las condiciones de la póliza aplicables a partir de la siguiente renovación, siempre que se notifique el cambio al Asegurado Directo con treinta (30) días naturales de anticipación. En caso de no comunicarse, se mantendrán las mismas condiciones para la siguiente vigencia anual.

El Asegurado Directo o el Tomador del Seguro, disponen de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta del Instituto, para manifestar su conformidad o rechazo. En caso de que no manifieste su conformidad de forma expresa, esta póliza se tendrá por prorrogada automáticamente por un período igual, siempre y cuando el Asegurado pague la prima. Caso contrario, el



CONDICIONES GENERALES

Instituto quedará facultado para cancelar la póliza, según el procedimiento establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

El Asegurado Directo o el Tomador del Seguro, igualmente, podrán solicitar cambios en la póliza, previo aviso por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de finalización de la vigencia anual y sujeto a las pruebas de asegurabilidad cuando se requieran.

El Instituto cuenta con treinta (30) días naturales, contados desde la presentación de la solicitud de modificaciones, para analizar las modificaciones, y si considera que proceden, la incluirá en la póliza por medio de un adendum; de lo contrario, en el mismo plazo el Instituto comunicará por escrito al Asegurado Directo o el Tomador del Seguro, sobre el rechazo de la solicitud.

En caso de que la póliza no sea prorrogada o renovada, el Instituto tendrá la obligación de pagar los reclamos cubiertos con anterioridad a la finalización de la vigencia, pero quedarán excluidos los siniestros ocurridos, en fecha posterior a la finalización de la vigencia.

CLÁUSULA XXXI. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

El Instituto quedará liberado de sus obligaciones contractuales y procederá a la cancelación de la póliza, dando las primas por totalmente devengadas, cuando:

1. No se pague la prima correspondiente, de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
2. Se compruebe que el Asegurado ha declarado el riesgo de forma falsa o inexacta, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo la póliza no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones.
3. Vencido el Periodo de Gracia y no haya pago de la prima, conforme está establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

CLÁUSULA XXXII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO

Si el Asegurado Directo y/o Tomador decide no mantener el seguro, deberán comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación. En este caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Asegurado y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.



CONDICIONES GENERALES

1. Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en la siguiente tabla, para lo cual deberá reembolsar al Asegurado Directo y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.

| Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación | Porcentaje devengado de la prima anual |
|--|--|
| Hasta 5 días naturales | 23% |
| Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales | 32% |
| Más de 35 hasta 65 días naturales | 38% |
| Más de 65 hasta 95 días naturales | 49% |
| Más de 95 hasta 125 días naturales | 49% |
| Más de 125 hasta 155 días naturales | 64% |
| Más de 155 hasta 185 días naturales | 71% |
| Más de 185 hasta 215 días naturales | 77% |
| Más de 215 hasta 245 días naturales | 83% |
| Más de 245 hasta 275 días naturales | 88% |
| Más de 275 hasta 305 días naturales | 92% |
| Más de 305 hasta 335 días naturales | 96% |
| Más de 335 hasta 365 días naturales | 100% |

2. En caso de que se efectúe la exclusión de uno o varios asegurados o núcleos asegurados en la póliza pero la póliza se mantenga vigente, la devolución de las primas se deberá efectuar a prorrata.

Para efectos de los puntos 1. y 2. anteriores, cuando existan reclamos indemnizables de uno o varios asegurados o núcleos asegurados en una póliza individual o colectiva, se retendrá el cien por ciento (100%) de la prima pagada de ese asegurado en la póliza. El Asegurado mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior de la fecha de cancelación.

SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXIII. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en las siguientes modalidades:

1. Individual.
2. Colectivo:



CONDICIONES GENERALES

- a) Contributivo: Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.
- b) No contributivo: El Tomador de seguro paga la totalidad de la prima.

CLÁUSULA XXXIV. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

Las edades de contratación y cobertura tanto del Asegurado Directo como de los dependientes asegurables se indican en las Condiciones Particulares.

Los hijos que cumplan la edad máxima de cobertura antes del vencimiento anual del seguro se mantendrán cubiertos hasta la próxima renovación anual; pudiendo continuar asegurados bajo una póliza individual, manteniendo la continuidad de su seguro con los mismos beneficios. Para otorgar dicho beneficio, el hijo debe haber estado asegurado como dependiente en forma ininterrumpida por un período de un (1) año antes de pasar a ser Asegurado Directo y debe presentar la solicitud de traslado dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura y pagando la prima correspondiente al rango de edad.

Hijos nacidos en el seguro, es decir, producto de un parto cubierto por esta póliza, para ser incluidos en el seguro deben presentar la Solicitud del Seguro dentro de los treinta (30) días naturales después de su nacimiento y presentar una constancia de nacimiento dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia indicado en la Cláusula Períodos de Carencia de las Condiciones Particulares.

En el caso de niños nacidos en un parto cubierto por esta póliza como resultado de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, si el Asegurado Directo desea incluirlo en la póliza, deberá presentar la solicitud del seguro, para continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento. Podrán incluirse a partir del día treinta y uno (31) de su nacimiento.

CLÁUSULA XXXV. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN



CONDICIONES GENERALES

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos frente a terceros respecto a la cuantía de la indemnización que reciba y responderá de todo acto que perjudique la referida cesión. En este sentido, el Asegurado se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

CLÁUSULA XXXVII. PRESCRIPCIÓN

Los derechos derivados de esta póliza prescriben en un plazo de cuatro (4) años, contados a partir del momento en que esos derechos sean exigibles a favor de la parte que los invoca.

CLÁUSULA XXXVIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza.

Si el Asegurado no desea continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA XXXIX. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre el Asegurado y/o Tomador y el Instituto, se efectuarán en la moneda en que se haya pactado el Contrato de Seguro -ya sea colones costarricenses o dólares estadounidenses- y quedará especificado en las Condiciones Particulares.

No obstante, las obligaciones monetarias finales de cualquiera de las partes podrán ser honradas por el equivalente en colones moneda costarricense, utilizando para el cálculo respectivo el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco Central de Costa Rica, a precio de venta vigente a la fecha de pago de la obligación.

SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XL. LEGISLACIÓN APLICABLE



CONDICIONES GENERALES

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XLI. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y el Asegurado y/o los beneficiarios, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica. No obstante, cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta Póliza podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos sin perjuicio de la Ley N° 7727, Ley sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social (RAC), de 9 de diciembre de 1997, o en cualquiera de los centros establecidos en el país, creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XLII. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta Póliza serán remitidas por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien, enviarlos por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el Asegurado y/o Tomador en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Asegurado y/o Tomador, deberán reportar por escrito al Instituto el cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

CLÁUSULA XLIII. DOMICILIO CONTRACTUAL DEL ASEGURADO

Es la dirección anotada por el Asegurado en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto por el Asegurado y/o Tomador del seguro.

SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO



CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XLIV. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-113-V11** de fecha **21 de agosto del 2021**.