



CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	3
SECCIÓN A. DEFINICIONES	3
CLÁUSULA I. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	4
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA	12
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	12
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA	12
CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA	12
CLÁUSULA IV. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA	13
CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS	13
CLÁUSULA VI. COBERTURAS	13
1.1 Gastos hospitalarios:	14
1.2 Gastos ambulatorios (sin hospitalización):	14
1.3 Emergencias	15
CLÁUSULA VII. PERÍODOS DE ESPERA	28
CLÁUSULA VIII. RIESGOS EXCLUIDOS	28
CLÁUSULA IX. GASTOS EXCLUIDOS	29
SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	33
CLÁUSULA X. PERSONAS BENEFICIARIAS	33
CLÁUSULA XI. MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA POR LA PERSONA BENEFICIARIA	33
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, PERSONA ASEGURADA O PERSONA BENEFICIARIA	34
CLÁUSULA XII. RESIDENCIA	34
CLÁUSULA XIII. DEDUCIBLE ANUAL	34
CLÁUSULA XIV. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO	35
CLÁUSULA XV. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS	35
CLÁUSULA XVI. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE	35
CLÁUSULA XVII. OTROS SEGUROS	36
CLÁUSULA XVIII. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS	36
CLÁUSULA XIX. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA	36
SECCIÓN F. PRIMAS	37
CLÁUSULA XX. PAGO DE PRIMAS	37
CLÁUSULA XXI. PERÍODO DE GRACIA	38
SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA PARA PRÓRROGA	38
CLÁUSULA XXII. AJUSTE DE PRIMA PARA PRÓRROGA	38
SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	38
CLÁUSULA XXIII. UTILIZACIÓN DEL SEGURO	38
CLÁUSULA XXIV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS	43
CLÁUSULA XXV. DECLINACIÓN, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	44
CLÁUSULA XXVI. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	45
SECCIÓN I. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	45
CLÁUSULA XXVII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	45



CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XXVIII. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	46
CLÁUSULA XXIX. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA DIRECTA O TOMADOR DEL SEGURO	46
SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS.....	47
CLÁUSULA XXX. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN	47
CLÁUSULA XXXI. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA	47
CLÁUSULA XXXII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	48
CLÁUSULA XXXIII. SUBROGACIÓN	48
CLÁUSULA XXXIV. PRESCRIPCIÓN	48
CLÁUSULA XXXV. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	48
CLÁUSULA XXXVI. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	49
SECCIÓN K. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	49
CLÁUSULA XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE	49
CLÁUSULA XXXVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	49
SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	50
CLÁUSULA XXXIX. COMUNICACIONES	50
CLÁUSULA XL. DOMICILIO CONTRACTUAL DE LA PERSONA ASEGURADA	50
SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO.....	50
CLÁUSULA XLI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	50



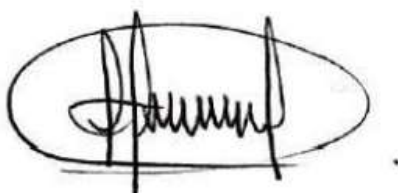
CONDICIONES GENERALES

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 **PERSONA ASEGURADA 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 **LA PERSONA ASEGURADA 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
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 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. **Asegurador:** Es el Instituto, quien asume los riesgos que le traslada la persona asegurada y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
6. **Beneficio máximo anual:** Es la suma máxima asegurada indemnizable por cada cobertura o sublímite definido para cada persona asegurada, durante el año póliza, establecida en las Condiciones Particulares.
7. **Cirugía ambulatoria:** Es aquella intervención quirúrgica que recibe la persona asegurada, 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.
8. **Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir a la persona asegurada.
9. **Condición genética:** Afección o trastorno patológico causado por alteración del genoma.
10. **Conviviente:** Persona que cohabita con la persona asegurada en unión de hecho pública, notoria, única y estable, declarada así por la persona asegura directa.



CONDICIONES GENERALES

11. **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 ámbito de cobertura internacional, se aplicarán los costos de servicios médicos según el área geográfica donde recibió la atención o servicio.
12. **Deducible anual:** Suma única anual acumulable establecida en las Condiciones Particulares que debe cubrir la persona asegurada, previo a que el seguro inicie su cobertura.
13. **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.
14. **Donante:** Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en una persona asegurada de esta póliza.
15. **Edad:** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:
 - a) si la persona asegurada tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada;
 - b) si la persona asegurada tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
16. **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.
17. **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.
18. **Enfermedad congénita 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.



CONDICIONES GENERALES

19. **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).
20. **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.
21. **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.
22. **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.
23. **Enfermedades graves:** Alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad de la persona asegurada, confirmada por un médico perito legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas como enfermedades graves por la póliza.
24. **Esterilidad:** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
25. **Gastos ambulatorios:** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe una persona asegurada, 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.



CONDICIONES GENERALES

26. **Gastos indemnizables:** Son los gastos de servicios médicos incurridos por la persona asegurada y cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del pago de deducible y coaseguro.
27. **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.
28. **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.
29. **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.
30. **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.
31. **Grado de afinidad:** Parentesco que, mediante el matrimonio, se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
32. **Grado de consanguinidad:** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
33. **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.
34. **Hospitalización:** Es el momento en el que una persona asegurada es ingresada en un hospital, es registrado como paciente de cama y se mantiene en esa condición por un periodo continuo mayor a veinticuatro (24) horas.
35. **Infertilidad:** Es la incapacidad de la pareja para conseguir finalizar la gestación de forma satisfactoria.



CONDICIONES GENERALES

36. **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.
37. **Métodos anticonceptivos.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
38. **Métodos anticonceptivos quirúrgicos:** son los anticonceptivos definitivos implantados mediante un proceso quirúrgico, los cuales impiden el contacto entre espermatozoide y óvulo.
39. **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.
40. **Monto asegurado vitalicio:** único y máximo monto contratado de por vida mientras la póliza esté vigente para cubrir los gastos ambulatorios y/o hospitalarios para la cobertura contratada, el cual irá reduciéndose por cada reclamo efectivamente pagado por lo que no es un monto reinstalable.
41. **Paciente receptor:** Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.
42. **Período de espera:** Es el período de tiempo, posterior a la inclusión en la póliza, que debe transcurrir para que la persona asegurada tenga derecho a recibir los beneficios otorgados por este contrato, por lo que, durante dicho período, no se brinda cobertura.
43. **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 la persona asegurada, siempre y cuando la prima sea cancelada en el período establecido.



CONDICIONES GENERALES

- 44. Persona asegurada:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Se considera como tal a la persona asegurada directa y a sus dependientes asegurados y debidamente registrados en la póliza.
- 45. Personas aseguradas dependientes:** Son las siguientes personas, que se encuentren debidamente registradas en la póliza y que deben tener la siguiente relación con la persona asegurada directa:
- a. el cónyuge o conviviente,
 - b. los hijos la persona asegurada directa, de su cónyuge o conviviente, que sean solteros, económicamente dependientes, estudiantes cuya edad no supere la indicada en las Condiciones Particulares,
 - c. los hijos de la persona asegurada, 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 de la persona asegurada directa para que sea aceptado como persona asegurada 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.
- 46. Persona asegurada directa:** Es la persona física nombrada titular o principal en la póliza.
- 47. Persona beneficiaria:** 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 de la persona asegurada directa y en caso de haberse suscrito la cobertura de Muerte Accidental y no Accidental.
- 48. 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 de la persona asegurada.
- 49. 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 dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su principal medio de ingreso.
- 50. Preautorización médica:** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de una persona asegurada.



CONDICIONES GENERALES

- 51. Enfermedad y/o condición preexistente:** 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 la persona asegurada 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.
- 52. Prematurez:** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 53. Prima:** Precio que debe satisfacer el Tomador del seguro o la persona asegurada, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el asegurador asume.
- 54. Prótesis quirúrgicas:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
- 55. Proveedor afiliado:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.
- 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.
- 57. Terrorismo:** Acción violenta que se realiza con el fin de desestabilizar el sistema político o causar inseguridad en la sociedad.
- 58. Tomador del seguro:** Persona física que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos a la persona asegurada. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del Contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en la figura del Tomador o la persona asegurada.
- 59. Trasplante:** Es el procedimiento quirúrgico, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de una persona asegurada, uno de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donante.
- 60. Tratamiento experimental:** Tratamiento experimental: Se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo



CONDICIONES GENERALES

o servicios relacionados (o una porción de ellos, incluyendo la forma, administración o dosis) para un diagnóstico o condición en particular, cuando exista alguno de los siguientes elementos:

- a) Estar en la fase I, II ó III de experimentación para aprobación, según la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).
- b) No estar aprobado o reconocido por la agencia gubernamental pertinente u organización profesional tal como el Instituto Nacional de Cáncer o la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés) para la enfermedad en cuestión.
- c) Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
- d) No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside la persona asegurada o no estar generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos, AMA (Asociación Médica Americana).
- e) Estar descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en un documento de consentimiento, descargo o autorización firmada por la persona asegurada o alguna persona actuando en nombre de él.
- f) El hecho de que el procedimiento, servicio, dispositivo, droga o combinación de drogas, o equipo sea la única esperanza de sobrevivencia de la persona asegurada, no cambia el hecho de que el mismo sea investigativo o experimental.

61. 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.

62. Tratamiento 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.



CONDICIONES GENERALES

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 la persona asegurada directa, la solicitud del seguro, la declaración de salud y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada persona asegurada cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como la adenda.

El orden de prelación de los documentos que constituyen la póliza es el siguiente: Condiciones Particulares, 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 tuvieran.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. ÁMBITO DE COBERTURA

El ámbito de cobertura de esta póliza será el que se defina en las Condiciones Particulares, de conformidad con las opciones siguientes:

- **Regional:** El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos de los gastos indemnizables de la persona asegurada en Costa Rica y Centroamérica; como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza. En caso de utilizar el seguro fuera de esta región, los siniestros serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos del INS.
- **Internacional:** 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 de servicios médicos de los gastos indemnizables de la persona asegurada en Costa Rica y el resto del mundo como resultado de un accidente, emergencia, enfermedad o maternidad producida durante el período de vigencia de esta póliza; esto según los costos de servicios médicos del área geográfica donde recibió la atención o servicio.

Cuando la persona asegurada 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.



CONDICIONES GENERALES

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.

Según la opción elegida por la persona asegurada, la póliza mantiene el monto asegurado durante toda la vigencia de esta, o caso contrario, al alcanzar la edad de 70 años dicho monto será reducido de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares, no obstante, si desea mantener el monto asegurado (sin reducción) deberá pagar la prima correspondiente a dicho riesgo.

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. persona asegurada directa,
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 las siguientes coberturas:

1. Gastos médicos

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.

La persona asegurada directa y/o sus dependientes asegurados podrán hacer uso de la Red de Proveedores, para los casos de hospitalización y tratamientos ambulatorios,



CONDICIONES GENERALES

amparados por esta póliza. En caso de no utilizar la Red de Proveedores, la persona asegurada 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 a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

1.1 Gastos hospitalarios:

- a) Habitación individual, normal o bipsersonal.
- 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.**

1.2 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



CONDICIONES GENERALES

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

1.3 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 espera.

Para los gastos médicos (hospitalarios, ambulatorios o emergencias) 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 cobertura "Gastos ambulatorios por accidentes."

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

Los gastos que se detallan a continuación están sujetos a sublímites, es decir, se amparan hasta el monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

Por lo cual, todos los pagos que se efectúen por estos gastos forman parte del Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y se otorgan una vez superado el deducible anual elegido.

2. Maternidad

Ampara a las mujeres incluidas en la póliza, cubriendo 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.

Los gastos presentados se indemnizarán conforme a lo estipulado en cada punto:

- a. **Parto normal:** Gastos prenatales y postnatales o aborto.



CONDICIONES GENERALES

b. Complicaciones durante el embarazo o el postparto: este ítem es adicional a los puntos a. y c. de Maternidad.

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

- i. Amenaza de aborto
- ii. Hiperémesis gravídica (achagues) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación
- iii. Óbito fetal (muerte fetal)
- iv. Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas
- v. Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación
- vi. Embarazo extrauterino (fuera del útero)
- vii. Eclampsia
- viii. Desprendimiento de placenta (abruptio placentae)
- ix. Placenta previa
- x. Ruptura uterina
- xi. Hipertensión arterial inducida por el embarazo
- xii. Diabetes inducida por el embarazo
- xiii. Ruptura prematura de membranas
- xiv. Amenaza de parto inmaduro
- xv. Amenaza de parto prematuro
- xvi. Infección del líquido amniótico
- xvii. Oligoamnios
- xviii. Polihidramnios
- xix. Colestasis del embarazo
- xx. Ictericia del embarazo
- xxi. Hemorragias del embarazo
- xxii. Anemia gestacional
- xxiii. Anormalidades dinámicas del trabajo de parto
- xxiv. Síndrome de Sheehan
- xxv. Hemorragia uterina postparto
- xxvi. Desgarros de la vagina, la piel (periné), recto
- xxvii. Infección de la vulva y/o vagina
- xxviii. Endometritis (fiebre puerperal)
- xxix. Infección de la herida (del piquete o de la cesárea)
- xxx. Mastitis (inflamación de la mama)
- xxxi. Absceso mamario
- xxxii. Tromboflebitis (inflamación de las venas)
- xxxiii. Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto)
- xxxiv. Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero)



CONDICIONES GENERALES

- xxxv.** Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero)
- xxxvi.** Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero)
- xxxvii.** Complicación que amerite cirugía del feto

- c. Parto por Cesárea:** Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal.

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 ítem a. 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 (c) y el monto del punto a. (parto normal) para completar la suma definida en las Condiciones Particulares.

En estos gastos se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

3. Prematurez

Se cubren los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del niño, cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como persona asegurada según la Cláusula Edades de contratación y cobertura.

En el caso de terapias relacionadas con esta condición se establece un sublímite que se deduce del monto asegurado de Prematurez, el cual se indica en Condiciones Particulares.

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

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



CONDICIONES GENERALES

4. Enfermedades congénitas o hereditarias del recién nacido

Cubre los gastos médicos derivados de las enfermedades congénitas o hereditarias de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por este seguro, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como persona asegurada según la Cláusula Edades de contratación y cobertura de este contrato.

En el caso de terapias relacionadas con esta condición se establece un sublímite que se deduce del monto asegurado de Enfermedades congénitas o hereditarias del recién nacido, el cual se indica en Condiciones Particulares.

En los casos en los que el niño que padece la enfermedad congénita, no se incluya dentro de la póliza según lo establecido en la Cláusula Edades de contratación y cobertura y se incluya posteriormente, se debe presentar la solicitud de seguro y continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento.

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

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

5. Trasplantes de órganos

Se brinda cobertura bajo las siguientes condiciones:

- a. El límite del beneficio 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.

El límite del beneficio correspondiente a trasplante de órganos es vitalicio.

Para las personas aseguradas con edades de setenta (70) años o más, el límite del beneficio se establece en las Condiciones Particulares.

- b. Los órganos cubiertos para el beneficio del trasplante son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado.
- c. En adición a lo indicado en las Cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza, no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:



CONDICIONES GENERALES

- i. **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.**
- ii. **Las consideradas como experimentales o investigativas.**
- iii. **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.**
- iv. **Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.**

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

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

6. Aparatos de apoyo

Mediante este seguro por año póliza, se cubre hasta el sublímite establecido en 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 a partir de \$5.000,00, serán aplicadas las condiciones establecidas en el Anexo #5 del presente contrato.

7. Enfermedades epidémicas y pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas o 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.

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



CONDICIONES GENERALES

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

8. 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.

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

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

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

9. Actividades deportivas riesgosas

Están cubiertos los gastos médicos relacionados con deportes que se practiquen en forma recreativa hasta el límite máximo anual establecido en las Condiciones Particulares, 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, cuadraciclós, cuadracross, surfing, fútbol americano, rugby, artes marciales mixtas, torero 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.



CONDICIONES GENERALES

Para los gastos se aplicará el deducible anual escogido y coaseguro, según se especifique en las Condiciones Particulares.

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

10. Práctica competitiva de fútbol

Están cubiertos bajo esta póliza los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica competitiva de fútbol específicamente, hasta por el límite establecido las Condiciones Particulares.

Se entiende por competitivo a 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 de la persona asegurada.

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

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

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

Los gastos médicos que se detallan a continuación están sujetos a condiciones especiales que se detallan en las Condiciones Particulares; donde los gastos serán otorgados como parte del beneficio máximo anual por personal.

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

11. 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 la persona asegurada requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato

En este rubro no aplican el deducible anual elegido y el coaseguro.



CONDICIONES GENERALES

12. Dental por accidente y/o emergencia

Se brinda cobertura dental tanto por accidente como por emergencias, donde a los gastos no les aplica el deducible anual elegido ni el coaseguro.

En caso de 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 la persona asegurada 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.

13. 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:

a. Hospitalización

- i. 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.

- ii. 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 la persona asegurada 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 la persona asegurada



CONDICIONES GENERALES

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.

b. Atención Ambulatoria

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

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

14. 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, **la cual 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.**

15. Emergencias durante viajes en el extranjero

Los beneficios indicados en este apartado serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso.

La emergencia debe comunicarse 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, caso contrario la persona asegurada deberá justificar dicho incumplimiento al Instituto y/o el Administrador de Servicios Médicos, y, estos determinarán si con dicha justificación se aplican o no los beneficios de este apartado.

En esta cobertura se ampara:



CONDICIONES GENERALES

a. Evacuación y/o repatriación por razones médicas

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia al determinarse que la persona asegurada sea evacuada y/o repatriada 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 comercial, por la ruta más directa y adecuada.

El proceso de evacuación, o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos, donde en consulta con el profesional en salud local, se valoran criterios médicos para determinar la necesidad de estos servicios y sus decisiones serán definitivas para otorgar el servicio.

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

b. Repatriación de restos mortales

En caso de que una persona asegurada 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.

Para este rubro no aplica el deducible anual elegido.

c. Prolongación de la estancia de la persona asegurada en el extranjero por accidente o enfermedad

Se cubren los gastos de hospedaje y/o alimentación, en caso de que la persona asegurada requiera prolongar su estancia en el extranjero para la continuidad de la atención médica por un accidente o enfermedad cubierta por el contrato, donde deberá presentar la debida justificación por el médico tratante.



CONDICIONES GENERALES

Se cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

En este rubro no aplica el deducible anual elegido.

16. Transporte en ambulancia

Este servicio cubre el viaje de traslado del lugar donde se desarrolle la enfermedad u ocurre el accidente al centro médico más cercano equipado para su tratamiento, ya sea en ambulancia terrestre o aérea.

En caso de requerir el servicio de traslado de un centro médico a otro por emergencia médica, el mismo será otorgado únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, previa certificación médica, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

El servicio de traslado en ambulancia aérea aplica únicamente cuando el paciente no pueda ser movilizado vía terrestre y/o viajar en una aerolínea comercial, caso contrario no será cubierto.

Esta cobertura aplica únicamente previa coordinación a través del Administrador de Servicios Médicos.

A este rubro le aplica deducible anual elegido y coaseguro.

17. Chequeo general

Este chequeo consiste en un paquete de servicios médicos para la comprobación del estado de salud de la persona asegurada, que deberá ser coordinado en la Red de Proveedores del INS.

A este chequeo le aplica un período de espera de 24 meses, además no aplica deducible anual ni coaseguro.

18. Chequeo oftalmológico

Este chequeo consiste en un paquete de servicios médicos para la comprobación oftalmológica de la persona asegurada, que deberá ser coordinado en la Red de Proveedores del INS.



CONDICIONES GENERALES

Este chequeo consiste en una consulta oftalmológica para medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular.

A este chequeo le aplica un período de espera de 24 meses, además no aplica deducible anual ni coaseguro.

19. Control de niño sano

Cubre a las personas aseguradas incluidos en la póliza desde el nacimiento y hasta los 5 años.

Se cubrirá el cuadro de esquema de vacunación que se presenta a continuación:

VACUNA	EDAD DE APLICACIÓN
BCG (<i>Bacilo Calmete-Guerin</i>)	Recién nacido
Hepatitis B	Recién nacido, 2 y 6 meses
H Influenza tipo B	2, 4, 6, 15 meses
DPT (<i>Difteria, Pertussis acelular y Tétanos</i>)	2, 4, 6 meses, 1 año y 3 meses y 4 años
Poliovirus	2, 4, 6 meses y a los 4 años
Influenza anual	< 5 años
SRP (<i>Sarampión, Rubéola y Paperas</i>)	15 meses
Varicela	1 año y 4 años
Neumococo 13 valente	2, 4, 15 meses
Hepatitis A	1 año, 1 año y 6 meses
Rotavirus	2 y 4 meses

Adicionalmente se incluyen las consultas pediátricas y suministro de vitaminas (debidamente prescritas por el médico tratante). El esquema de consultas aplicable en esta cobertura es el siguiente:

EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD DE CONSULTAS
De 0 a 12 meses	6 consultas por año
De 13 a 23 meses	2 consultas por año
De 24 meses a menos de 5 años	1 consulta por año

Los gastos se cubren únicamente previa coordinación con la Red de Proveedores, con la aplicación del coaseguro correspondiente y de acuerdo con los costos de servicios médicos.

20. 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 alguna de las personas aseguradas 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



CONDICIONES GENERALES

de este monto lo que corresponde a la prima pendiente de pago para completar la prima anual.

Para este contrato en caso del deceso de la persona asegurada directa, la indemnización será pagada, de conformidad a lo establecido en la Cláusula Personas Beneficiarias, del presente Contrato.

Para este rubro no aplican el deducible anual elegido ni el coaseguro.

21. 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.

Para este rubro no aplican el deducible anual elegido ni el coaseguro.

22. Liberación del pago del seguro por fallecimiento de la persona asegurada directa

En caso de fallecimiento de la persona asegurada directa, el Instituto otorgará cobertura a las personas aseguradas dependientes 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, las personas aseguradas 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 las personas aseguradas dependientes inscritos bajo la misma póliza en que se encontraba la persona asegurada directa fallecida.

Para los ítems de Muerte, Sepelio y Liberación del pago del seguro por fallecimiento de la persona asegurada directa, 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

Los gastos que se detallan a continuación son adicionales y excluyentes entre sí, los cuales aplican específicamente para la modalidad regional

La persona asegurada directa o el Tomador de seguro, mediante el pago de una extraprima, podrán suscribir solamente una de las siguientes opciones:

- a) enfermedades y accidentes graves
- b) cáncer

La opción elegida por la persona asegurada directa y/o el Tomador de seguro se incluirá dentro de las Condiciones Particulares y será parte integral de este seguro.

CLÁUSULA VII. PERÍODOS DE ESPERA

Se establece un período durante el cual la persona asegurada no podrá hacer uso de la póliza y el Instituto no está obligado a indemnizar.

Este período inicia en la fecha de emisión o inclusión al seguro y finalizará una vez se cumpla con el período de espera indicado en las Condiciones Particulares.

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

CLÁUSULA VIII. RIESGOS EXCLUIDOS

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

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



CONDICIONES GENERALES

5. El accidente o enfermedad sufrido por la persona asegurada como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.
6. Suicidio, estando o no la persona asegurada en uso de sus facultades mentales.
7. 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 la persona asegurada esté participando.
8. Participación del tomador/persona asegurada en actividades ilícitas relacionadas con legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y otros delitos conexos.

CLÁUSULA IX. GASTOS EXCLUIDOS

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

1. Todo tratamiento no prescrito u ordenado por el médico u odontólogo tratante, o bien tratamientos que sí sean prescritos, pero no relacionados con el diagnóstico que se esté tratando al amparo de esta póliza, así como por profesionales que no se encuentren activos o habilitados en el ente regulador de la salud respectivo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura Enfermedades Congénitas del recién nacido.
3. Controles médicos no relacionados con el seguimiento de 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, o que se originen del resultado del proceso de selección de riesgos individual.
5. Tratamientos experimentales.



CONDICIONES GENERALES

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 Enfermedades congénitas del recién nacido.
7. Trastornos, enfermedades o deficiencias emocionales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo, excepto lo que se indique en Tratamiento médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos o Muertes.
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, la farmacodependencia 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 que se indique en la Cobertura Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra.
14. Métodos anticonceptivos independientemente del uso que determine el médico.
15. Vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico independientemente del uso que determine el médico, excepto lo que se indique en Control Niño Sano.
16. Energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.
17. Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento incluyendo la mamoplastia.



CONDICIONES GENERALES

Se exceptúa de esta exclusión cuando la cirugía reconstructiva es a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

- 18. Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.**
- 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 que se indique en la cobertura Enfermedades congénitas del recién nacido.**
- 23. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad independientemente del profesional que lo realice.**
- 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.**



CONDICIONES GENERALES

30. Implantación de embriones.
31. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil excepto por un procedimiento a consecuencia de una enfermedad cubierta por la póliza.
32. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.
33. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas), excepto lo indicado en la Cobertura de Tratamiento médico del Virus del Papiloma Humano.
34. 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.
35. Bienes o servicios recibidos por la persona asegurada que hayan sido pagados por otros seguros.
36. Tratamientos y/o consultas realizados por la persona asegurada y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad, así como la auto prescripción médica.
37. Servicios médicos, exámenes o medicamentos ordenados o brindados a la persona asegurada tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que la persona asegurada tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
38. Tratamientos y/o cirugías no reconocidas por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales.
39. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.
40. Se excluye la práctica de cualquier deporte en forma profesional
41. No se cubren prótesis externas, excepto por un accidente cubierto por el seguro.



CONDICIONES GENERALES

42. Todo tipo de tratamiento, consulta, y/o cirugía por concepto de: vasectomía, salpingectomía y circuncisión, excepto cuando la cirugía tenga como fin corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

SECCIÓN D. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

CLÁUSULA X. PERSONAS BENEFICIARIAS

Para efectos de esta cláusula las personas beneficiarias serán:

1. Por fallecimiento de la persona asegurada directa, las personas beneficiarias designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
2. Por fallecimiento de las personas aseguradas dependientes, la persona asegurada directa, o en su defecto, los herederos legales de los mismos.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar persona beneficiaria 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 como personas beneficiarias, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra persona beneficiaria al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de personas beneficiarias en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CLÁUSULA XI. MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA POR LA PERSONA BENEFICIARIA

La persona beneficiaria que cause la muerte de la persona asegurada 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 esa persona beneficiaria.



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, PERSONA ASEGURADA O PERSONA BENEFICIARIA

CLÁUSULA XII. RESIDENCIA

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que la persona asegurada directa y sus dependientes residen en Costa Rica. En caso de que alguna de las personas aseguradas esté fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos o no, por año, independientemente de la razón, la persona asegurada o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto.

Específicamente para la modalidad regional, el Instituto aplicará un recargo a la persona asegurada que va a residir fuera del país, el porcentaje se indicará en las Condiciones Particulares.

El recargo indicado aplicará durante el tiempo que la persona asegurada se encuentre fuera de Costa Rica.

Cuando la persona asegurada regrese deberá informarlo al Instituto para eliminar el debido recargo, una vez se compruebe que la residencia será en Costa Rica.

Si la persona asegurada o el Tomador no informan al Instituto sobre su cambio de residencia en el extranjero la póliza será cancelada, por lo cual se procederá a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación.

CLÁUSULA XIII. DEDUCIBLE ANUAL

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

Para la acumulación de este deducible anual, la persona asegurada 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



CONDICIONES GENERALES

indemnizables sujetos a la aplicación de coaseguro según se establece en las Condiciones Particulares, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por la persona asegurada, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

Una vez que la persona asegurada 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.

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 la persona asegurada se detalla en el Anexo #5 de este contrato.

CLÁUSULA XIV. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO

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

CLÁUSULA XV. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión, inexactitud o declaraciones falsas en que deliberadamente incurra la persona asegurada o la persona beneficiaria, 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 XVI. POLÍTICA CONOZCA A SU CLIENTE

La persona asegurada y o Tomador se compromete a través del Contrato de Seguros, a brindar información veraz y verificable, así como actualizar los datos y documentos que el Instituto le solicite, en cumplimiento de la Política Conozca su Cliente, según lo establecido en la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no



CONDICIONES GENERALES

autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo N°7786 y en su normativa complementaria.

CLÁUSULA XVII. OTROS SEGUROS

En caso de que la persona asegurada directa y/o sus dependientes 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.

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 XVIII. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto tiene derecho de hacer examinar a la persona asegurada 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.

La persona asegurada directa 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 aquellas personas aseguradas 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 XIX. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza no surtirá efecto si:

1. La persona asegurada 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 de la persona asegurada en ellos; o en el caso de que se incurra



CONDICIONES GENERALES

en fraude o juramento falso con respecto a lo anterior, hecho por la persona asegurada, tanto antes como después de un siniestro.

2. El reclamo hecho, resulta fraudulento o si la persona asegurada 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.

SECCIÓN F. PRIMAS

CLÁUSULA XX. 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, 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 la persona asegurada o el Tomador del seguro 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 a continuación:

Forma de Pago	Porcentaje de Recargo
Mensual	Hasta un 9%
Trimestral	Hasta un 7%
Semestral	Hasta un 5%
Anual	No incluye recargo

La forma de pago puede ser variada al vencimiento anual de la póliza.

Los pagos de primas se podrán realizar en las Sucursales o Puntos de Venta del Instituto mediante efectivo, no obstante, cuando se utilice otro medio de pago 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.



CONDICIONES GENERALES

En caso de incumplimiento en el pago fraccionado 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 XXI. 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 la persona asegurada directa 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.

SECCIÓN G. AJUSTE DE PRIMA PARA PRÓRROGA

CLÁUSULA XXII. AJUSTE DE PRIMA PARA PRÓRROGA

Cuando se dé una prórroga obligatoria para el Instituto o renovación aceptada por la persona asegurada o Tomador del Seguro, el Instituto tendrá la facultad de modificar las primas aplicables a esta póliza, las cuales estarán indicadas en las Condiciones Particulares.

El ajuste de la prima del seguro se establecerá tomando en cuenta las primas vigentes, edad, sexo, coberturas, cantidad de personas aseguradas, modalidad de aseguramiento, opción de deducible y experiencia siniestral, inflación de costos médicos, así como recargos o descuentos relacionados al proceso de selección.

La modificación en primas se aplicará cuando la persona asegurada o Tomador del seguro decida prorrogar o renovar su contrato, el ajuste, si corresponde se realizará en cada fecha de vigencia anual.

SECCIÓN H. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXIII. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Este seguro es anual, por lo que la suma asegurada se restituye de acuerdo con sus límites de cobertura para el año siguiente.



CONDICIONES GENERALES

La suma asegurada se agota por persona, por cada persona asegurada se llevará un registro de saldo individual 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.

Todo gasto cubierto será reconocido de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a que la persona asegurada asuma el deducible anual o coaseguros establecidos, los cuales se calculan sobre los gastos indemnizables.

Una vez la persona asegurada asuma los rubros mencionados anteriormente:

- a. el proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto a través del Administrador de Servicios Médicos, por concepto de atenciones hospitalarias.
- b. el Instituto pagará directamente al proveedor afiliado por los gastos indemnizables con las condiciones y montos asegurados negociados, a excepción de los gastos que no sean objeto de cobertura.
- c. en el caso de los servicios ambulatorios, la persona asegurada deberá cubrir el costo de estos y posteriormente gestionar ante el Instituto el reembolso correspondiente.

Para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios, farmacias) que brindan servicios de salud a las personas aseguradas.

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

No obstante, aún con la Red de Proveedores afiliados, la persona asegurada tiene libre elección médica, por lo cual puede utilizar los 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 de conformidad con el costo de servicios médicos; por lo que se aplicarán condiciones diferentes en relación con la participación en los gastos.

El utilizar proveedores que no forman parte de la red de proveedores afiliados no exime a la persona asegurada de preautorizar los procedimientos que así determine el INS, ni tampoco implica un pago directo.

Cuando se requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica cubierta por la póliza, la persona asegurada deberá presentar al Instituto el formulario de Solicitud de Preautorización debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización emitida por el médico tratante, mediante correo electrónico o físicamente en las plataformas de los Centros Médicos.



CONDICIONES GENERALES

Toda solicitud de preautorización deberá ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación, con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Para todos los servicios a excepción de los prestados en Sala de Urgencias, el Instituto brindará confirmación de la evaluación de la preautorización, dentro del plazo de los cinco días indicados. Para los servicios prestados en la Sala de Urgencias, la respuesta sobre la resolución de la solicitud no excederá los 45 minutos; una vez que se haya remitido toda la información necesaria. El Instituto brindará confirmación de la evaluación de la preautorización, al proveedor afiliado que corresponda.

En casos de emergencia o accidentes cuando la persona asegurada no pueda notificar al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir la atención médica, la persona asegurada deberá comunicar el siniestro en las veinticuatro (24) horas siguientes una vez que se encuentre en condiciones para realizar el aviso.

En algunas coberturas que se requiera utilizar servicios hospitalarios y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costo y que involucren gran tecnología, ya sea que necesiten internamiento hospitalario o no, que no sean por emergencia, requerirán de preautorización.

Para las preautorizaciones deberá remitirse la solicitud al correo electrónico: autorizacionesins@grupoins.com o llamar a la línea 800 Medical (800-6334 225), en el caso específico de los chequeos deberán tramitarse a la dirección inschequeos@grupoins.com, donde se tramitará la solicitud según las condiciones del presente contrato.

Red de Servicios de Salud (RSS)

En caso de que la persona asegurada opte por la utilización de la Red de Servicios de Salud (RSS), deberá previamente coordinar el servicio:

- Preautorizaciones: autorizacionesins@grupoins.com o comunicarse al teléfono 800 Medical (800-6334225).
- Chequeos médicos: inschequeos@grupoins.com para el respectivo aval, así como agendar la cita.

Al momento de utilizar la Red de Servicios de Salud, la persona asegurada cuenta con una cobertura cien por ciento (100%), es decir no hay participación la persona asegurada en deducible ni coaseguro.



CONDICIONES GENERALES

Adicionalmente la persona asegurada no requiere haber superado el deducible anual para optar por los servicios de la Red de Servicios de Salud, y se cuenta con la modalidad de pago directo.

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

En caso de utilización del seguro fuera de Costa Rica la persona asegurada deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos a los siguientes números telefónicos y datos de contacto, para gestionar la coordinación respectiva.

Números gratuitos

1 844 865 0804 USA

900 995 484 España

En caso de realizar llamadas de un teléfono móvil u otro sitio diferente a USA y/o España puede generarse un cobro dentro de la facturación telefónica.

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@grupoins.com indicando el servicio que requiere, la razón médica, un número telefónico donde se ubica. Adicionalmente, el país donde se encuentra, así como la zona.

Todos los gastos indemnizables tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos.

Según el ámbito de cobertura contratado se debe considerar:

- Regional: si los gastos son fuera de la región, éstos serán tramitados únicamente vía reembolso y al costo de servicios médicos de la región.
- Internacional: si los gastos son fuera de Centroamérica y se suscribe la cobertura de Asistencia al Viajero, dicha cobertura operará en primera instancia y deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos. En caso de no tener la cobertura de Asistencia al Viajero se mantiene la condición de contactar al Administrador de Servicios Médicos.

Si el Tomador del Seguro no suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero o la persona asegurada no realiza la coordinación mediante el Administrador de Servicios Médicos y



CONDICIONES GENERALES

sufre un accidente o enfermedad aguda deberá presentar los gastos utilizando la modalidad de reembolso, de acuerdo a las condiciones contratadas en el seguro. En las Condiciones Particulares según las coberturas contratadas se establecen el deducible anual y coaseguros que aplican en los diferentes servicios médicos.

Enfermedad aguda o accidente fuera de Costa Rica

Cuando la persona asegurada 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 (ver anexo de la Cobertura) en caso de haberla suscrito. Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas de este seguro.

Según el ámbito de cobertura contratado se debe considerar:

- **Regional:** si los gastos son fuera de la región, éstos serán tramitados únicamente vía reembolso y al costo de servicios médicos de la región.
- **Internacional:** si los gastos son fuera de Centroamérica y se suscribe la cobertura de Asistencia al Viajero, dicha cobertura operará en primera instancia y deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos. En caso de no tener la cobertura de Asistencia al Viajero se mantiene la condición de contactar al Administrador de Servicios Médicos.

Todos los gastos incurridos por la persona asegurada tanto dentro como fuera de Red se pagarán de acuerdo con el costo de servicios médicos. En las Condiciones Particulares se establece el deducible anual y coaseguro que aplican para los diferentes servicios médicos.

Si la persona asegurada 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 el ítem 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

En caso de realizar llamadas de un teléfono móvil u otro sitio diferente a USA y/o España puede generarse un cobro dentro de la facturación telefónica.

Números Directos

+1 (407) 264-7118 USA



CONDICIONES GENERALES

**(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@grupoins.com.**

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

Medicina Virtual

La persona asegurada 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 de la persona asegurada en deducible, coaseguro.

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

CLÁUSULA XXIV. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

En los casos en que la persona asegurada 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) factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada según el Ministerio de Hacienda y de ser posible con el archivo xml),
- c) prescripciones y recetas médicas,
- d) resultados de los exámenes,
- e) la persona asegurada 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,



CONDICIONES GENERALES

- f) factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada según el Ministerio de Hacienda y de ser posible con el archivo xml),
- b) prescripciones y recetas médicas,
- c) radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura,
- d) copia de la ficha odontológica completa,
- e) radiografía posterior al tratamiento.

3. Fallecimiento de la persona asegurada:

- a) carta de la persona beneficiaria 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 de la persona beneficiaria 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 de la persona beneficiaria sobre los centros médicos donde fue atendido la persona asegurada,
- f) la persona beneficiaria 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 factura electrónica cancelada (en el caso de Costa Rica, autorizada según el Ministerio de Hacienda y de ser posible con el archivo xml).

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

CLÁUSULA XXV. DECLINACION, APELACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el Instituto comunicará por escrito la decisión a la persona asegurada, a la última dirección conocida por éste.
2. **Revocatoria:** La persona asegurada 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.



CONDICIONES GENERALES

- 3. Apelación:** La persona asegurada 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 la persona asegurada 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.

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

La persona asegurada podrá consultar sobre el estado del trámite de su reclamo por los siguientes medios:

1. Teléfono: 800-Teleins (800-8353467)
2. Correo electrónico: contactenos@grupoins.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 XXVII. PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

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

Asimismo, la vigencia de esta póliza iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y la misma terminará el día de la fecha de aniversario siguiente, entendiéndose prorrogable tácitamente y/o renovable e indefinidamente por períodos



CONDICIONES GENERALES

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 la persona asegurada, esté incorporado a la póliza.

CLÁUSULA XXVIII. 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. Por falta de pago total o parcial de la prima, según la forma de pago de la prima acordada en las Condiciones Particulares y una vez que haya transcurrido el Período de Gracia correspondiente. Lo anterior, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 37, de la Ley Reguladora.
2. Se compruebe que la persona asegurada 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. Si el tomador o persona asegurada incumple con lo establecido en la Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo N°7786 y en su normativa complementaria.
4. Incumplimiento de las Obligaciones del Tomador del seguro, persona asegurada o persona beneficiaria de este contrato.

CLÁUSULA XXIX. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO POR PARTE DE LA PERSONA ASEGURADA DIRECTA O TOMADOR DEL SEGURO

Si la persona asegurada directa 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 la persona asegurada y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

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 a la persona asegurada directa y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.



CONDICIONES GENERALES

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días naturales	18%
Más de 5 días naturales hasta 35 días naturales	26%
Más de 35 hasta 65 días naturales	36%
Más de 65 hasta 95 días naturales	45%
Más de 95 hasta 125 días naturales	53%
Más de 125 hasta 155 días naturales	61%
Más de 155 hasta 185 días naturales	68%
Más de 185 hasta 215 días naturales	75%
Más de 215 hasta 245 días naturales	81%
Más de 245 hasta 275 días naturales	86%
Más de 275 hasta 305 días naturales	91%
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 varias personas 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 una o varias personas o núcleos asegurados en una póliza individual, se retendrá el cien por ciento (100%) de la prima pagada de esa persona asegurada en la póliza.

La persona asegurada mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior de la fecha de cancelación.

SECCIÓN J. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXX. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Este seguro podrá contratarse en la modalidad individual.

CLÁUSULA XXXI. EDAD DE CONTRATACIÓN Y DE COBERTURA

Las edades de contratación y cobertura tanto la persona asegurada directa como de las personas aseguradas 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



CONDICIONES GENERALES

a ser una persona asegurada directa 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 espera indicado en 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 la persona asegurada directa 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 XXXII. 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 de la persona asegurada en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

CLÁUSULA XXXIII. SUBROGACIÓN

La persona asegurada 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, la persona asegurada se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

CLÁUSULA XXXIV. 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 XXXV. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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



CONDICIONES GENERALES

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

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

CLÁUSULA XXXVI. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza que se realicen entre la persona asegurada 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 XXXVII. LEGISLACIÓN APLICABLE

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 XXXVIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto y la persona asegurada y/o las persona beneficiarias, 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 resueltos 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.



CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN L. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XXXIX. COMUNICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con esta Póliza serán remitidas por el Instituto directamente a la persona asegurada o quien en su nombre ejerza representación o bien, enviarlos por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por la persona asegurada en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

La persona asegurada deberá 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 XL. DOMICILIO CONTRACTUAL DE LA PERSONA ASEGURADA

Es la dirección anotada por la persona asegurada en la solicitud de seguro, o en su defecto la última reportada al Instituto por la persona asegurada.

SECCIÓN M. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLI. 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 V15** de fecha **28 de febrero del 2025**.