



DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

SEGURO PLENISALUD AUTOEXPEDIBLE

Código de Registro: P20-76-A01-1062 V3 de fecha 06 de setiembre del 2024

Este es un Documento Estandarizado Resumen de Seguro Autoexpedible (Dersa), por tanto, **NO CONTIENE todas las condiciones del contrato, las cuales podrá encontrar en el enlace www.grupoins.com**

Aseguradora: Instituto Nacional de Seguros (INS)

Medios de Contacto:

Dirección de Oficinas Centrales: Barrio Amón, San José, Calle 9 y 11, Avenida 7, frente al parque España.

Teléfonos de contacto: 800-Teleins (800-835-3467) o bien al (+506) 2287-6000

Correo electrónico de contacto: contactenos@grupoins.com

Información sobre el producto:

Información y Condiciones Generales: www.grupoins.com/

Instancia de protección al consumidor: Defensoría del Cliente Corporativa:
defensoria@grupoins.com / 2287-6161 / 800-DEFENSORÍA

BENEFICIOS DEL SEGURO

Esta póliza cubre los costos de servicios médicos brindados en Costa Rica, ordenados por un médico y siempre que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza, sea como hospitalización o en forma ambulatoria, de conformidad con el plan elegido por el Asegurado Titular en la oferta de seguro.

Adicionalmente cuenta con el servicio de asistencia medicina virtual mediante la cual un profesional de la salud le brindará orientación sobre la conducta a seguir respecto a su patología o consulta médica.

Bajo un mismo contrato póliza se puede incluir tanto al Asegurado Titular como sus Dependientes, según los términos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.

EXCLUSIONES

Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:

- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave del tomador o asegurado.**
- Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.**
- Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
- Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.**



DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

- e. Las agravaciones de la enfermedad, por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.
- f. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
- g. Cualquier gasto correspondiente a consultas, tratamientos y/o medicamentos relacionados al embarazo.
- h. No serán cubiertos los accidentes y las lesiones producidas cuando una actividad deportiva se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.

DEBERES DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR

- 1) Proporcionar al Instituto la información requerida de forma completa y veraz.
- 2) Efectuar el pago de la prima.

PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO

La participación del asegurado en esta póliza se establece en un máximo de un 20% por concepto de coaseguro, en relación con los costos de servicios médicos utilizados en los planes Conecta y Disfruta. Para el Plan Respira no será aplicado el coaseguro.

RECLAMO Y PLAZOS APLICABLES

Para solicitar alguno de los servicios establecidos en esta póliza, el Instituto dispone de las siguientes alternativas para las personas Aseguradas:

- 1. Accediendo al uso por medio de la Red de Proveedores del INS
- 2. Mediante la utilización del App INS 24/7
- 3. Ingresando a la página del INS
- 4. Vía telefónica al 800 Medical (800-6334225).

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación y la totalidad de los requisitos. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

Para acceder al Servicio de Medicina Virtual el asegurado se pondrá en contacto con el servicio mediante la aplicación tecnológica APP INS 24/7, mediante las cuales podrá solicitar el beneficio correspondiente.

MEDIOS DE PAGO DE LA PRIMA

- Ingresando a www.grupoins.com
- Centro de Contactos: 800-TeleINS (800-8353467)
- Directamente en las Oficinas Centrales del Instituto, o sus Sucursales o representantes autorizados.

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, Avenida 2, San José
Central telefónica: 2287-6000 / Apdo. Postal 10061-1000 / Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORÍA / 2287-6161

DOCUMENTO ESTANDARIZADO RESUMEN DE SEGURO AUTOEXPEDIBLE (DERSA)

VIGENCIA DEL SEGURO

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, su forma de pago puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.

En caso de duda o molestia relacionada con este seguro, diríjase a contactenos@grupoins.com o llame a la línea gratuita 800-TeleINS (800-8353467), si ésta no les responde satisfactoriamente, la Superintendencia General de Seguros con gusto lo orientará mediante el correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

En caso de contradicción entre lo dispuesto en el Dersa y los demás documentos de la póliza, privará lo más beneficioso para el consumidor de seguros. Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.

CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

SECCIÓN A DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA I DEFINICIONES	3
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	6
CLÁUSULA II BASES DE LA PÓLIZA	6
SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA.....	6
CLÁUSULA III COBERTURAS	6
CLÁUSULA IV SUMA ASEGURADA Y PLAN DE SEGURO.....	8
CLÁUSULA V PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACIÓN	8
CLÁUSULA VI EXCLUSIONES	9
SECCIÓN D. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR.....	9
CLÁUSULA VII OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR.....	9
CLÁUSULA VIII COASEGURO.....	9
SECCIÓN E. PRIMAS	9
CLÁUSULA IX PRIMA DE LA PÓLIZA.....	9
CLÁUSULA X PAGO DE PRIMAS.....	10
SECCIÓN F. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA	11
CLÁUSULA XI AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA.....	11
SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS.....	11
CLÁUSULA XII PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	11
CLÁUSULA XIII PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES	13
CLÁUSULA XIV PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL	13
SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES	13
CLÁUSULA XV PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	13
CLÁUSULA XVI FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA	13
CLÁUSULA XVII CANCELACIÓN ANTICIPADA.....	14
SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS	14
CLÁUSULA XVIII RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	14
CLÁUSULA XIX DERECHO DE RETRACTO	14
CLÁUSULA XX MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	14
SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	15
CLÁUSULA XXI LEGISLACIÓN APLICABLE	15
CLÁUSULA XXII RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	15
SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES	15
CLÁUSULA XXIII COMUNICACIONES	15

CONDICIONES GENERALES

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, cédula jurídica 400000-1902-22 ("el INSTITUTO") se compromete con el ASEGURADO Y/O TOMADOR, a la expedición de la presente póliza de conformidad con las Condiciones Generales que más adelante se estipulan y sobre la base de las declaraciones hechas en la oferta que origina este contrato.

Declaro el compromiso contractual del INSTITUTO de cumplir con los términos y condiciones de la presente póliza.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



José Arévalo Ascensio
Gerente General a.i.
Cédula jurídica 4-000-001902

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN A DEFINICIONES

CLÁUSULA I DEFINICIONES

Las definiciones a continuación deben entenderse así en el contenido de la póliza.

1. **ACCIDENTE.** Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática
2. **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.
3. **ASEGURADO:**
 - a. **ASEGURADO TITULAR:** Persona física que está expuesta al riesgo, el cual traslada al asegurador, y es quien asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato en ausencia del tomador.
 - b. **ASEGURADO DEPENDIENTE:**
 - i. El Cónyuge o conviviente entendido como la persona que cohabita con el Asegurado Titular por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única, estable y demostrable.
 - ii. Los hijos del Asegurado Titular y/o su cónyuge o conviviente, siempre y cuando sean menores de veinticinco (25) años.
 - iii. 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 con el Asegurado Directo para que sea aceptado como asegurado dentro de la póliza.
4. **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Intervención quirúrgica que recibe el Asegurado, cuando no esté registrado como paciente de cama, en el centro hospitalario y permanezca en este menos de veinticuatro (24) horas.

CONDICIONES GENERALES

5. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir al Asegurado.
6. **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.
7. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles, el cual sintetiza las condiciones generales del seguro autoexpedible.
8. **EDAD.** Se refiere a la edad cumplida más trescientos sesenta y cuatro (364) días.
9. **ENFERMEDAD.** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, de origen interno o externo, la cual debe ser determinada por un médico.
10. **ENFERMEDAD AGUDA:** Enfermedad de aparición súbita y repentina, de evolución rápida, con una evolución que no sobrepase los 14 días y no corresponda o sea consecuencia de una enfermedad preexistente.
11. **GASTOS AMBULATORIOS.** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe un Asegurado, siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica y permanezca en el centro hospitalario menos de veinticuatro (24) horas.
12. **GASTOS INDEMNIZABLES:** Son los gastos de servicios médicos incurridos por el Asegurado y cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del coaseguro.
13. **GRADO DE AFINIDAD.** Parentesco que, mediante el matrimonio, se establece entre cada cónyuge y los familiares por consanguinidad del otro.
14. **GRADO DE CONSANGUINIDAD.** Unión, por parentesco natural, de varias personas que descienden de una misma raíz.
15. **HOSPITAL O CLÍNICA.** Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes.
16. **HOSPITALIZACIÓN.** Es cuando un Asegurado es ingresado en un hospital, registrado como paciente de cama, por un período continuo no menor de veinticuatro (24) horas.

CONDICIONES GENERALES

17. **MEDICINA VIRTUAL:** Es la prestación a distancia de atención médica, la cual permite el intercambio de información entre el médico y el Asegurado, utilizando herramientas audiovisuales para orientar al paciente sobre la conducta a seguir respecto a su patología o consulta.
18. **PERIODO DE ESPERA.** Período de tiempo con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, durante el cual no se amparará la reclamación.
19. **PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA.** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos o al asegurado, para el ingreso al hospital o al inicio del tratamiento del solicitante.
20. **PREEXISTENCIA.** Toda enfermedad, lesión, accidente o discapacidad física, que haya sufrido el Asegurado, con anterioridad a la adquisición de la póliza, y que:
 1. Haya sido diagnosticada por un médico; o
 2. Por sus síntomas no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas; o
 3. El Asegurado haya recibido tratamiento médico, servicios o suministros, practicado o recomendado exámenes de diagnósticos, tomado medicinas.
21. **PRIMA:** Aporte económico que debe satisfacer el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
22. **PRIMA NO DEVENGADA:** Porción de prima pagada correspondiente al período de cobertura de una póliza que aún no ha transcurrido.
23. **PRÓTESIS QUIRÚRGICA:** Dispositivo implantado durante una cirugía, diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo funcione mejor.
24. **PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud.
25. **TOMADOR:** Persona física que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador. 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 el Asegurado.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

CLÁUSULA II BASES DE LA PÓLIZA

Constituyen esta póliza, según su orden de prelación: la Oferta de Seguro, las Condiciones Generales y el Dersa, en caso de contradicciones entre las Condiciones Generales y el Dersa, se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

SECCIÓN C. ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III COBERTURAS

Esta póliza cubre los costos de servicios médicos brindados en Costa Rica, ordenados por un médico y siempre que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad aguda o accidente cubierto por la póliza, sea como hospitalización o en forma ambulatoria, de conformidad con el plan elegido por el Asegurado Titular en la oferta de seguro.

1) Plan Conecta

Este plan incluye, de conformidad con la opción elegida en la oferta los siguientes servicios:

- 1. Consulta con médico general y especialista:** De conformidad con el plan elegido.
- 2. Procedimientos ambulatorios:** Procedimientos realizados en un consultorio, que no requieren intervención dentro de salas de cirugía.
- 3. Pruebas de Laboratorio Clínico, Imágenes de Rayos X y Ultrasonidos.**
- 4. Exámenes de Alta Complejidad:** Son pruebas médicas complejas para determinar patologías específicas.
- 5. Exámenes Especiales:** Son aquellos exámenes indicados por un médico posterior de realizar un diagnóstico.
- 6. Chequeo General:** Siempre que forme parte del plan elegido y coordinados con la Red de Proveedores del INS, de lo contrario el Instituto no los cubrirá. Este chequeo se otorga a partir del segundo año póliza posterior a inclusión del asegurado en la póliza.

CONDICIONES GENERALES

El proveedor del chequeo y el paquete a realizarse lo elige el Asegurado de las opciones que se suministran y el mismo puede incluir consulta médica, exámenes de laboratorio y otros análisis.

7. **Terapia Física:** A través de esta cobertura se ofrecerá tratamiento y rehabilitación física, para los padecimientos cubiertos por este contrato, siempre que forme parte del plan elegido.
8. **Medicamentos:** Para el tratamiento de enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.
9. **Medicina Virtual:**

El asegurado podrá solicitar el servicio de medicina virtual a través de la aplicación tecnológica APP INS 24/7, mediante la cual se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva.

En caso de que, de dicha consulta médica, sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá con la indicación correspondiente. Los costos de dichos servicios adicionales a la consulta no forman parte de la asistencia de Medicina Virtual que aplica en esta póliza.

La atención y orientación médica mediante medicina virtual aplica con cobertura al cien por ciento (100%), es decir el asegurado no asume ningún costo.

En caso de que el Asegurado requiera detalle en tiempo real de los horarios más próximos, así como información actualizada de los proveedores que brindan el servicio, podrá consultarlos en la dirección electrónica: medicinavirtual@grupoins.com

La cantidad de consultas virtuales otorgadas por asegurado será ilimitada por año-póliza, siempre y cuando la póliza esté vigente.

2) Plan Respira

De conformidad con el plan elegido en la Oferta de Seguros, en los servicios hospitalarios se incluye:

- a. Honorarios médicos por hospitalización y/o cirugía
- b. Habitación individual, normal o bipsersonal, o de cuidado intensivo

CONDICIONES GENERALES

- c. Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos, prótesis quirúrgicas y terapias intrahospitalarias
- d. Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados, durante el internamiento
- e. Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos
- f. Aparatos de Apoyo (silla de ruedas, cama, andadera, muletas, entre otros)

3) Plan Disfruta

El cliente que elija este plan adquiere una combinación de servicios del plan Conecta y del plan Respira, de conformidad con las opciones que se muestran en la Oferta de Seguro.

CLÁUSULA IV SUMA ASEGURADA Y PLAN DE SEGURO

El Asegurado Titular elegirá el plan de seguro entre las opciones indicadas en la Oferta de Seguro. El Asegurado Titular y el Asegurado Dependiente gozarán cada uno de las mismas coberturas y montos asegurados según el plan contratado.

Tanto el Asegurado Directo como los dependientes incluidos en la póliza, gozarán del mismo plan elegido por el Asegurado Directo. Cada uno de ellos podrá tener vigente un único plan de seguro.

CLÁUSULA V PERSONAS ASEGURADAS Y EDADES DE CONTRATACIÓN

Esta póliza cubre al Asegurado Titular y a su(s) Asegurado(s) Dependiente(s), siempre que se encuentren dentro del rango de edad de contratación establecido en esta póliza y se pague la prima correspondiente.

Las edades de contratación del seguro son de 18 años en adelante, tanto para el Asegurado Titular como para el Asegurado Dependiente en calidad de cónyuge o conviviente, así como otros dependientes con parentesco diferente al de hijos. Desde los cero (0) hasta veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días para los hijos dependientes.

Cuando el (los) Asegurado(s) Dependiente(s) hijo(s) alcance(n) la edad de veinticinco (25) años, se mantendrá(n) cubierto(s) hasta la siguiente prórroga anual, en la que automáticamente será(n) excluido(s) de la póliza y cesará el amparo bajo todas las coberturas para dicho(s) dependiente(s).

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA VI EXCLUSIONES

Para todas las coberturas, el Instituto no amparará por:

- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave del tomador o asegurado.**
- Condiciones o situaciones existentes previas a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura.**
- Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
- Huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.**
- Las agravaciones de la enfermedad, por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**
- Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.**
- Cualquier gasto correspondiente a consultas, tratamientos y/o medicamentos relacionados al embarazo.**
- No serán cubiertos los accidentes y las lesiones producidas cuando una actividad deportiva se practique en forma profesional, semiprofesional y/o remunerada.**

SECCIÓN D. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR

CLÁUSULA VII OBLIGACIONES DEL ASEGURADO TITULAR

- 1) Proporcionar al Instituto la información requerida de forma completa y veraz.
- 2) Efectuar el pago de la prima.

CLÁUSULA VIII COASEGURO

La participación del asegurado en esta póliza se establece en un máximo de un 20% por concepto de coaseguro, en relación con los costos de servicios médicos utilizados en los planes Conecta y Disfruta. Para el Plan Respira no será aplicado el coaseguro.

SECCIÓN E. PRIMAS

CLÁUSULA IX PRIMA DE LA PÓLIZA

La prima es el precio que le corresponde pagar al Asegurado y es la indicada en la Oferta de Seguro, según el plan contratado y sus formas de pago.

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, Avenida 7, San José
Central telefónica: 2287-6000 / Apdo. Postal 10061-1000 / Consultas: contactenos@grupoins.com

Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORÍA / 2287-6161

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA X PAGO DE PRIMAS

La prima es de pago anticipado y el asegurado podrá optar por el pago fraccionado de forma semestral, trimestral o mensual. Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de prima deberá pagar un recargo de acuerdo con el siguiente esquema:

Forma de pago	Recargo Colones	Recargo dólares
Mensual	7%	5%
Trimestral	6%	4%
Semestral	4%	3%
Anual	No incluye recargo	No incluye recargo

También desde la fecha de emisión de la póliza el Asegurado pueden optar por las formas de pago de primas “Deducción Mensual de Sueldo” * o “Cargo Automático a Tarjeta de Crédito o Débito” en cuyo caso se hará constar así en la Oferta de Seguro, con la prima vigente a la fecha de emisión.

El pago de la prima se podrá hacer a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Ingresando a www.grupoins.com
- Centro de Contactos: 800-TeleINS (800-8353467)
- Directamente en las Oficinas Centrales del Instituto, o sus Sedes o representantes autorizados.

La forma de pago de la prima puede ser cambiada a solicitud del Asegurado durante la vigencia de la póliza. Cuando se trate de cambio a forma de pago anual, el pago de la prima debe coincidir con el aniversario de la póliza.

Si al momento de la indemnización existe alguna parte de la prima pendiente de pago, para completar la prima anual, el INS deducirá dicha parte de la indemnización.

El Instituto concede al Asegurado Titular un periodo de gracia de sesenta (60) días naturales a partir de la fecha estipulada de pago, sin recargo de intereses, para el pago de la prima.

Si durante el período de gracia llegan a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, el servicio se brindará una vez la póliza se encuentre debidamente pagada.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN F. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

CLÁUSULA XI AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

En caso de prórroga, el Instituto tendrá la facultad de modificar la prima aplicable a la presente póliza, para adecuarla a partir de un estudio que contemple la experiencia siniestral de este plan de seguro.

Para el cálculo de la experiencia siniestral de la cartera se utiliza las primas devengadas y siniestros incurridos (pagados, pendientes reportados y pendientes no reportados) para un período como mínimo de dos años y un máximo de cinco años, y a partir de esta información se calcula el índice de siniestralidad como el resultado de la división de los siniestros incurridos pendientes, ocurridos y no reportados y los gastos asociados a la atención de reclamos entre las primas devengadas.

De acuerdo con el índice de siniestralidad calculado para la cartera, para la prórroga se aplicará un recargo según lo definido en la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Desde 0% hasta 52,5%	No aplica
Más de 52,5% hasta 70%	Recargo de hasta 25%
Más de 70% hasta 100%	Recargo de hasta 70%
Más de 100%	Recargo de hasta 100%

Las modificaciones indicadas en esta cláusula serán comunicadas al Asegurado con treinta (30) días de anticipación a la fecha del vencimiento de la vigencia en curso.

SECCIÓN G. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XII PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para solicitar alguno de los servicios establecidos en esta póliza, el Instituto dispone de las siguientes alternativas para las personas Aseguradas:

1. Accediendo al uso por medio de la Red de Proveedores del INS
2. Mediante la utilización del App INS 24/7
3. Ingresando a la página del INS
4. Vía telefónica al 800 Medical (800-6334225).

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, Avenida 7, San José
Central telefónica: 2287-6000 / Apdo. Postal 10061-1000 / Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORÍA / 2287-6161

CONDICIONES GENERALES

Mecanismo de reembolso

Este mecanismo establece que la persona Asegurada, accede a la Red de Proveedores y elige el proveedor para el servicio que requiera, realiza el pago de los servicios y gestiona ante el Instituto la solicitud de reembolso de los gastos. El Instituto realizará la validación para el pago de estos bajo los costos de los servicios médicos, considerando los saldos disponibles que cada asegurado mantiene en su plan y deduciendo el porcentaje de coaseguro establecido en el esquema de cobertura.

Para el trámite del reembolso de gastos, el Asegurado debe presentar los siguientes requisitos:

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

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.

Mecanismo de pago directo

Mediante esta forma de utilizar el seguro, puede utilizar los siguientes medios:

1. Solicita al Instituto una Pre-autorización llamando al Proveedor de su conveniencia, al número 800- MEDICAL (800-6334225).
2. Enviar un correo electrónico autorizacionesins@grupoins.com o
3. Solicitar la preautorización mediante el App INS 24/7.

Una vez preautorizado el servicio se presenta al centro médico elegido por la persona Asegurada según la red de proveedores, disponible para este seguro.

El Asegurado autoriza al Instituto y da su consentimiento expreso para que se grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio para el reporte del evento, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XIII PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMACIONES

El Instituto brindará respuesta dentro de los diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación y la totalidad de los requisitos, cuando se utilice el mecanismo de reembolso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

CLÁUSULA XIV PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER AL SERVICIO DE MEDICINA VIRTUAL

El asegurado se pondrá en contacto con el servicio mediante la aplicación tecnológica APP INS 24/7, en la cual podrá solicitar el beneficio correspondiente y se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva.

La APP INS 24/7 está disponible para Android e IOS y para su utilización se requiere una cuenta que puede ser creada directamente desde dicha aplicación, con tan solo ingresar tipo y número de identificación, nombre completo, número telefónico y dirección de correo electrónico.

SECCIÓN H. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

CLÁUSULA XV PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza se emite bajo la modalidad de Autoexpedible Individual.

La póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de suscripción, entendiéndose prorrogable obligatoria e indefinidamente por periodos anuales, salvo que el asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

El Instituto no dará por terminado de forma anticipada este seguro, salvo disposición legal en contrario.

CLÁUSULA XVI FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza finalizará automáticamente cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

1. La falta de pago de la prima de conformidad con el artículo 37 de la Ley 8956.
2. Si el tomador / asegurado 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.
3. Por fallecimiento del Asegurado Titular.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA XVII CANCELACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá ser cancelado por solicitud expresa del Asegurado Titular, sea de forma total o bien mediante la exclusión de algún asegurado Dependiente.

En este caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en la fecha señalada expresamente por el Asegurado, que no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso. Si el pago de la prima es Mensual, las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

Cuando corresponda la devolución de primas, el cálculo respectivo se realizará a prorrata, deduciendo un cuarenta (40%) por ciento por concepto de gastos administrativos a la prima no devengada. El reintegro respectivo se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

SECCIÓN I. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XVIII RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

El Asegurado Titular tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

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

CLÁUSULA XIX DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Asegurado durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza y no se haya presentado alguna reclamación, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado.

CLÁUSULA XX MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los pagos relacionados con la presente póliza, que se realicen entre el Asegurado y el Instituto, se efectuarán en la moneda que se haya pactado el seguro, ya sea colones o dólares

Para cualquier conversión que se deba realizar en relación con los montos indicados en el seguro, se aplicará el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN J. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XXI LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica.

En todo lo que no esté previsto en este contrato de seguro se aplicarán las estipulaciones contenidas en La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus Reglamentos, Ley 8204 Sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo y sus reformas y la normativa que la complementa, el Código de Comercio y el Código Civil.

CLÁUSULA XXII RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de disconformidades del Asegurado por ver afectados sus derechos como consumidor o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, podrá interponer la denuncia ante la instancia denominada Defensoría del Cliente Corporativa: 2287-6161 / 800INSContraloria / cservicios@grupoins.com. Esta instancia deberá resolver en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la presentación de la denuncia. Agotada esta instancia podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

Serán competentes para resolver las discrepancias los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica, o bien, cuando así lo acuerden las partes, podrán ser resueltas a través de mecanismos establecidos en la Ley Sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

SECCIÓN K. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XXIII COMUNICACIONES

El Asegurado en todo momento podrá comunicarse con el Instituto el cual pone a disposición los siguientes medios:

- ✓ Teléfono: 800- Teleins (800-835-3467)
- ✓ Correo Electrónico: contactenos@grupoins.com

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, Avenida 7, San José
Central telefónica: 2287-6000 / Apdo. Postal 10061-1000 / Consultas: contactenos@grupoins.com
Defensoría del Cliente Corporativa: defensoria@grupoins.com / Línea Gratuita 800-DEFENSORÍA / 2287-6161

CONDICIONES GENERALES

El Instituto emitirá las comunicaciones necesarias al correo electrónico reportado por el Asegurado en la Oferta de Seguro.

Registro en SUGESE número P20-76-A01-1062 V3 de fecha 06 de setiembre del 2024.



☐ Colones ☐ Dólares

El tomador, indicado adelante, acepta la presente propuesta de seguro mediante la cual, la aseguradora el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS se compromete al cumplimiento de las condiciones de la póliza que se ha puesto en conocimiento del tomador por medio de envío al correo electrónico establecido. Este documento conforma igualmente la constancia del aseguramiento.

LUGAR Y FECHA

LUGAR: FECHA:

DATOS DEL TOMADOR

COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL TOMADOR SEA DISTINTO AL ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación:

☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro: N° Identificación:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre:

Tipo de identificación:

☐ Cédula ☐ DIMEX ☐ DIDI ☐ Pasaporte ☐ Otro: N° Identificación:

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Teléfono de contacto: Dirección Electrónica:

Dirección Exacta del Domicilio Actual:

Provincia: Cantón: Distrito:

DATOS ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)

N°	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Parentesco
1						
2						
3						
4						
5						

ASPECTOS RELACIONADOS AL RIESGO

El Asegurado Titular ha manifestado que él (ella) o alguno de sus dependientes padece o ha padecido, o hay sospecha de padecer o haber padecido algún trastorno o enfermedad como:

☐ Hipertensión Arterial ¿Quién?: ☐ Desgaste en los huesos ¿Quién?:

☐ Colesterol o Triglicéridos altos ¿Quién?: ☐ Hernia de disco en la columna ¿Quién?:

☐ Diabetes ¿Quién?: ☐ Desviación del Tabique Nasal ¿Quién?:

☐ Tumores Malignos o Cáncer ¿Quién?: ☐ Piedras en la vesícula ¿Quién?:

☐ Infección por VIH ¿Quién?: ☐ Cataratas ¿Quién?:

En caso de padecer alguna de las siguientes enfermedades no serán cubiertos los gastos correspondientes al mismo. En caso de que se presente un siniestro por esta póliza consecuencia de alguna de estas enfermedades, autorizo al INS a la revisión de expedientes clínicos y realizar la investigación correspondiente para determinar si la enfermedad es preexistente a la emisión de esta póliza, en cuyo caso libera al Instituto de su responsabilidad de pago.

Preexistencia: Toda enfermedad, lesión, accidente o discapacidad física, que haya sufrido el Asegurado, con anterioridad a la adquisición de la póliza, y que:

- Haya sido diagnosticada por un médico; o
- Por sus síntomas no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas; o
- El Asegurado haya recibido tratamiento médico, servicios o suministros, practicado o recomendado exámenes de diagnósticos, tomado medicinas.

PLAZO DE VIGENCIA

Vigencia: Desde: Día Mes Año Hasta: Día Mes Año

www.grupoins.com



OPCIÓN DE ASEGURAMIENTO

PLAN CONECTA

COBERTURAS	☐ PLAN ESENCIAL	☐ PLAN TOTAL	☐ PLAN PLUS
Consultas Medicina General	Consultas	Consultas	Consultas
Consultas Especialistas	Consultas	Consultas	Consultas
Procedimientos No Quirúrgicos			
Pruebas de laboratorio clínico			
Imágenes de rayos x y ultrasonidos			
Exámenes de alta complejidad			
Exámenes Especiales			
Chequeo (General)	No Aplica	%	%
Terapia Física	No Aplica		
Medicamentos enfermedades agudas			
Medicina Virtual	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Prima por Asegurado:	¢	¢	¢

Los costos de las primas citados anteriormente ya cuentan con el 2% de impuesto al valor agregado.

PLAN RESPIRA

COBERTURAS	☐ PLAN RESPIRA
Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía	
Honorarios médicos por hospitalización y/o cirugía	
Habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivo	
Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos, prótesis quirúrgicas y terapias intrahospitalarias	
Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados, durante el internamiento	
Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos	
Aparatos de Apoyo (silla de ruedas, cama, andadera, muletas)	¢
Prima por Asegurado:	

Los costos de las primas citados anteriormente ya cuentan con el 2% de impuesto al valor agregado.

PLAN DISFRUTA

COBERTURAS	☐ PLAN DISFRUTA
Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía	
Honorarios médicos por hospitalización y/o cirugía	
Habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivo	
Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos, prótesis quirúrgicas y terapias intrahospitalarias	
Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados, durante el internamiento	
Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos	
Aparatos de Apoyo (silla de ruedas, cama, andadera, muletas)	
Prima por Asegurado:	
Consultas Medicina General	Consultas
Consultas Especialistas	Consultas
Procedimientos No Quirúrgicos	
Pruebas de laboratorio clínico	
Imágenes de rayos x y ultrasonidos	
Exámenes de alta complejidad: Biopsias marcaje	
Exámenes Especiales Ej: TAC Resonancia Magnética/Gastroscopía	
Chequeo (General)	%
Terapia Física	
Medicamentos enfermedades agudas	
Medicina Virtual	Cubierto
Prima por Asegurado:	¢

Los costos de las primas citados anteriormente ya cuentan con el 2% de impuesto al valor agregado.

www.grupoins.com



OTROS TEMAS

FORMA DE ASEGURAMIENTO

INDICAR SI SE ASEGURA POR CUENTA PROPIA O POR CUENTA DE UN TERCERO:

☐ Aseguramiento por cuenta propia ☐ Aseguramiento por cuenta de un tercero

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA EL COBRO DE LA PRIMA

Nombre del tarjetahabiente:

Tipo de Tarjeta:

☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express ☐ Otro:

Número de Tarjeta / Cuenta:

Fecha de vencimiento:

Número de Póliza:

Periodicidad del pago de la prima:

Prima Total a cobrar:

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Deducción Mensual

Me comprometo a mantener mi tarjeta de crédito, débito o cuenta de ahorros u otros medios, en condiciones para soportar estos cargos con la periodicidad y en los montos previamente acordados entre el Asegurado (Cliente) y el Instituto. Así mismo, relevo al Instituto y a la(s) empresa(s) administradora(s) del medio de pago seleccionado de cualquier responsabilidad si no se encuentra habilitado o no hay fondos suficientes para cubrir el pago. En caso de que el pago no se dé por causas no atribuibles al asegurado no habrá exención de responsabilidad y no cesará la protección de la póliza.

La suscripción de este contrato y el pago de la prima implica, de manera inmediata la aceptación del riesgo en las condiciones descritas en este documento por parte del Instituto Nacional de Seguros.

TEMAS ADICIONALES

- El Asegurado ha sido enterado de que la expedición de este contrato y la cobertura de esta póliza está sujeta al pago de la prima.
- Las Condiciones Generales y el DERSA de este seguro pueden consultarse a través de la dirección electrónica: www.grupoins.com
- Adicionalmente ponemos a su disposición el número 800-TeleINS (800-8353467) y el correo electrónico contactenos@grupoins.com. Nuestras oficinas centrales se encuentran ubicadas en San José, Central, calles 9 y 9 Bis, avenida 7; para gestionar preguntas frecuentes y recibir asesoría sobre su seguro.
- El Asegurado declara que recibió la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesta que las ha entendido, las acepta libremente y entiende que, al suscribir su solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización.
 - Declaro que la información detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad, dando como resultado la terminación del contrato de seguros, de conformidad con lo establecido en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros. Asimismo, el INS podrá actualizar los datos con información de bases públicas o privadas, y me comprometo a comunicar los cambios en la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial.
 - El INS incluirá la información del tomador/asegurado en una base de datos, bajo su responsabilidad, que cuenta con medidas de seguridad adecuadas; podrá trasladar los datos a su personal, socios comerciales y a las empresas del Grupo INS, con el objetivo de ejecutar el contrato y ofrecer productos o servicios adicionales, sujeto a las políticas y normativa sobre la protección de datos.
- Esta manifestación constituye consentimiento informado, por lo que el tomador/asegurado tienen derecho a la rectificación, restricción o supresión de sus datos de la base conformada por el INS, sin que ello afecte los datos registrados en los contratos.

Firma del Asegurado

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO / INTERMEDIARIO DE SEGUROS / ASEGURADORA

NOTIFICACIONES

El Asegurado indica que el medio por el cual desea ser notificado sea:

FIRMAS CORRESPONDIENTES

Tomador o Asegurado

Nombre completo e identificación del Tomador:

Firma del Tomador:

Nombre completo e identificación del Asegurado:

Firma del Asegurado:

Intermediario

Nombre y Código de Intermediario:

Correo electrónico Intermediario:

Número Teléfono Intermediario:

Dirección Física del Intermediario:

Instituto Nacional de Seguros

Firma Representante Legal

Registro en SUGESE número P20-76-A01-1062 V3 de fecha 06 de setiembre del 2024.

www.grupoins.com