



Condiciones Generales

TABLA DE CONTENIDO

.....	0
COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
SECCIÓN A. DEFINICIONES.....	3
CLÁUSULA I. DEFINICIONES.....	3
SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA.....	9
CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES.....	9
SECCIÓN C. AMBITO DE COBERTURA.....	9
CLÁUSULA III. AMBITO DE COBERTURA.....	9
CLÁUSULA IV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CLASE DE SEGURO.....	9
CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS.....	10
CLÁUSULA VI. RIESGOS CUBIERTOS.....	10
CLAUSULA VII. BENEFICIO MAXIMO ANUAL.....	10
CLAUSULA VIII. EXCLUSIONES.....	10
CLÁUSULA IX. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LOS GASTOS.....	11
CLAUSULA X. PERÍODO DE CARENIA.....	11
SECCIÓN D. BENEFICIARIOS.....	11
CLAUSULA XI. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	11
CLAUSULA XII. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	12
SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, ASEGURADO O BENEFICIARIO.....	12
CLAUSULA XIII. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA.....	12
CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA TEMPORAL.....	13
CLAUSULA XV. INCLUSION DE ASEGURADOS.....	13
CLÁUSULA XVI. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	13
CLÁUSULA XVII. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO.....	14
SECCIÓN F. PRIMAS.....	14
CLAUSULA XVIII. PRIMAS.....	14
CLÁUSULA XIX. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.....	14
CLÁUSULA XX. PERÍODO DE GRACIA.....	14
CLAUSULA XXI. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS.....	14
SECCION G. AJUSTE DE PRIMAS.....	14
CLAUSULA XXII. AJUSTE DE PRIMAS PARA RENOVACION O PRORROGAS.....	14
SECCION H. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	15
CLAUSULA XXIII. RECARGOS Y DESCUENTOS.....	15
SECCION I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS.....	15
CLÁUSULA XXIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO.....	15
CLÁUSULA XXV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO.....	15
CLÁUSULA XXVI. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS.....	17
CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN.....	18
CLÁUSULA XXVIII. OTROS SEGUROS.....	18
SECCION J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES.....	18
CLAUSULA XXIX. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.....	18
CLAUSULA XXX. MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.....	18
CLAUSULA XXXI. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	19
CLÁUSULA XXXII. TERMINACION DEL CONTRATO PARA CADA ASEGURADO.....	19
SECCION K. CONDICIONES VARIAS.....	20
CLÁUSULA XXXIII. ELEGIBILIDAD.....	20
CLÁUSULA XXXIV. PARTICIPACION DE BENEFICIOS.....	20
CLÁUSULA XXXV. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	20
CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN.....	21
CLÁUSULA XXXVII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION.....	21
CLÁUSULA XXXVIII. TRASPASO O CESIÓN.....	21
CLÁUSULA XXXIX. PRESCRIPCIÓN.....	21
CLÁUSULA XL. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	21
CLÁUSULA XLI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	21
CLÁUSULA XLII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS.....	21
SECCION L. RESOLUCION DE CONTROVERSIAS.....	22
CLÁUSULA XLIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	22
CLÁUSULA XLIV. LEGISLACION APLICABLE.....	22
SECCION M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES.....	22
CLÁUSULA XLV. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	22
SECCION N. LEYENDA DE REGISTRO.....	22
CLÁUSULA XLVI. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS.....	22

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, cédula jurídica número 400000-1902-22 compañía de seguros domiciliada en Costa Rica, denominada en adelante el Instituto, expide la presente póliza y se obliga contra el pago de la prima acordada y en caso de que se produzca el evento objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites y condiciones convenidos.

El presente es un contrato tipo donde las coberturas, exclusiones y demás términos contractuales han sido predeterminados por el Instituto con base en su experiencia y profesionalidad, sin detrimento de que las partes de común acuerdo puedan incluir bajo el principio de la libre negociación, aquellas cláusulas que se estimen convenientes según el tipo de riesgo y composición del grupo asegurado, las cuales se indican en las Condiciones Particulares y Anexos que conforman esta póliza.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS



Licda. Lucía Fernández Sáenz

Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

SECCIÓN A. DEFINICIONES

CLÁUSULA I. DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza y conforme se hayan establecido las coberturas con el Tomador del Seguro.

1. **Accidente:** Suceso provocado por una acción repentina, violenta, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.
2. **Administrador de Servicios Médicos:** Es la figura del Instituto que coordinará cuando corresponda, la prestación de los servicios a nivel nacional e internacional.
3. **Aparatos de apoyo:** Se refiere a los aparatos en 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.
4. **Asegurado:** Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo. Se considera como tal al Asegurado Directo y a sus dependientes asegurados y debidamente registrados en la póliza.
5. **Asegurados Dependientes:** Son las siguientes personas, que se encuentren debidamente registradas en la póliza:
 - a. El cónyuge o conviviente.
 - b. Los hijos del Asegurado Directo, de su cónyuge o conviviente, que sean solteros, económicamente dependientes, estudiantes cuya edad no supere la indicada en las Condiciones Particulares.
 - c. Los hijos del Asegurado Directo, de su cónyuge o conviviente mayores de la edad indicada para hijos en las Condiciones Particulares, con alguna discapacidad y que sean económicamente dependientes.
 - d. Otro Dependiente: Es el Dependiente nombrado que no es ni el cónyuge o conviviente, ni los hijos del Asegurado, del cónyuge o conviviente y que debe demostrar su grado de consanguinidad o afinidad y la dependencia económica que tiene del Asegurado Directo para que sea aceptado como asegurado dentro de la póliza; en esta categoría se pueden incluir, previa autorización por parte del Instituto los padres, hermanos, sobrinos y ahijados.
6. **Asegurado Directo:** Es la persona física nombrada como Asegurado titular o principal en la póliza.
7. **Asegurador:** Es el Instituto Nacional de Seguros, quien asume los riesgos que le traslada el Asegurado y que está obligado a indemnizar o a cumplir la prestación prometida.
8. **Beneficiario:** Persona física o jurídica en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el Instituto en caso de fallecimiento del Asegurado Directo y en caso de haberse suscrito la cobertura de Muerte Accidental y no Accidental.
9. **Beneficio máximo anual:** Es la suma máxima asegurada indemnizable por cada cobertura o sublímite definido para cada Asegurado, durante el año póliza, establecida en las Condiciones Particulares.
10. **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la

extensión directa y metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo leucemia.

- 11. Certificado Individual:** Es el documento que se entrega al Asegurado Directo como evidencia de la cobertura de seguro.
- 12. Cirugía ambulatoria:** Es aquella intervención quirúrgica para la cual es necesario permanecer en el hospital o clínica por un período de entre cuatro (4) a seis (6) horas. También conocida como cirugía de corta estancia ya que el paciente es operado y enviado el mismo día a su hogar.
- 13. Cirugía bariátrica:** Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos.
- 14. Cirugía menor:** Es aquel procedimiento quirúrgico sencillo y de corta duración, realizado sobre tejidos superficiales y/o estructuras accesibles, usualmente bajo anestesia local y con bajo riesgo de complicaciones.
- 15. Cliente estratégico:** Es aquel que ha sido definido como tal por la Gerencia del Instituto o por aquellas dependencias designadas por esta, por cumplir con una o varias de las siguientes características:
 - Alto volumen de primas.
 - Potencial comercial de la cuenta.
 - Alta rentabilidad del programa de seguros.
 - Importancia estratégica del negocio o imagen comercial.
 - Vinculación con grupos económicos, clientes o potenciales clientes.
- 16. Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado después de haber cubierto el deducible o copago según corresponda, se calcula sobre los gastos indemnizables y de conformidad a lo establecido en las Condiciones Particulares. Esta cantidad no es reembolsable por el Instituto.
- 17. Copago:** Monto fijo o porcentual indicado en las Condiciones Particulares que debe asumir el Asegurado directamente bajo su responsabilidad antes de recibir los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por la póliza.
- 18. Conviviente:** Persona que cohabita con el Asegurado en unión de hecho pública, notoria, única y estable y declarada así por el Asegurado Directo.
- 19. Costo de servicios médicos:** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor afiliado 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. Fuera de Costa Rica y Centroamérica los costos de servicios médicos serán determinados según el área geográfica.
- 20. Deducible:** Suma fija anual que debe asumir el Asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos incurridos y objeto de reembolso por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Se detalla en las Condiciones Particulares.
- 21. Desembolso máximo anual:** Participación máxima del Asegurado por concepto de coaseguros y copagos de hospitalización. Aplica sólo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza.

- 22. 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.
- 23. Disputabilidad:** Período que durante un tiempo determinado permite al asegurador liberarse de la obligación de pagar un reclamo, cuando la enfermedad, muerte o incapacidad sea preexistente a la inclusión del Asegurado a la póliza, o cuando el Asegurado haya incurrido en omisión o inexactitud no deliberadas al declarar el riesgo.
- 24. Donador:** Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.
- 25. Eclampsia:** Aparición de convulsiones en una mujer con un período de embarazo superior a cuatro (4) meses sin que haya ninguna causa neurológica. Es el estado más grave de la enfermedad de presión arterial alta en el embarazo.
- 26. Edad:** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:
- Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.
 - Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.
- 27. 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.
- 28. 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.
- 29. Enfermedad congénita y/o hereditaria:** Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematuridad.
- 30. 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).
- 31. Enfermedad epidémica:** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.
- 32. 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.
- 33. Enfermedad grave:** Es aquella que, si no es tratada en las siguientes veinticuatro (24) horas desde su diagnóstico, pone en peligro de muerte al paciente.
- 34. Enfermedad Preexistente:** Toda aquella enfermedad o lesión congénita o no, accidente, discapacidad física, que, con anterioridad a la adquisición de la póliza, haya sido:
- Diagnosticada por un médico; o
 - De las que por sus síntomas o signos no pudieron pasar inadvertidas para el Asegurado o terceras personas.

- c. Recibido tratamiento médico, servicios o suministros.
 - d. Practicado o le recomendaron exámenes para diagnósticos pertinentes.
 - e. Tomado drogas o medicinas recetadas o recomendadas.
- 35. Esterilidad:** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.
- 36. Gastos ambulatorios:** Son todos aquellos gastos en que incurre un Asegurado por atención médica, 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.
- 37. Gastos Indemnizables:** Son los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado, médicamente necesarios y cubiertos bajo esta póliza, los cuales pueden estar sujetos a la aplicación del pago de deducible, coaseguro y/o copago.
- 38. Gastos médicos:** Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe un Asegurado sea en forma ambulatoria y/o hospitalaria.
- 39. 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.
- 40. 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.
- 41. Grupo Asegurable:** Es aquel constituido por un número limitado de personas que se agrupan en forma homogénea con un propósito distinto al de contratar el presente seguro y que son representados ante la Aseguradora por el Tomador del Seguro.
- 42. Grupo Asegurado:** Son las personas físicas que perteneciendo al grupo asegurable, hayan sido aceptadas por el Instituto, hayan pagado la prima y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la póliza.
- 43. Grupo Familiar:** Es el grupo conformado por el Asegurado Directo y sus dependientes.
- 44. Hospital o clínica:** Establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.
- 45. 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.
- 46. Infertilidad:** Incapacidad para concebir después de un año de tener relaciones sexuales con frecuencia razonable y sin la utilización de métodos anticonceptivos.
- 47. Métodos anticonceptivos:** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.
- 48. Métodos anticonceptivos no quirúrgicos:** Son los siguientes:
- 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.

- 49. Oligoamnios:** Deficiencia de líquido amniótico.
- 50. Paciente receptor:** Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.
- 51. Pandemia:** Es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa. Etimológicamente hablando debería cubrir el mundo entero y afectar a todos.
- 52. Período de Carencia:** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- 53. Período de Gracia:** Es el período después del vencimiento de la prima, durante el cual ésta puede ser pagada sin recargos. Durante dicho plazo la póliza mantiene los derechos para el Asegurado, siempre y cuando la prima sea cancelada dentro del período establecido.
- 54. Polihidramnios:** Aumento en la cantidad de líquido amniótico.
- 55. Pre-autorización médica:** Es la autorización por escrito, que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, ya sea para casos específicos de atención ambulatoria, al ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado, de conformidad con las coberturas suscritas en la póliza.
- 56. Prematurez:** Es el niño nacido con menos de treinta y siete (37) semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.
- 57. Prima:** Precio que debe satisfacer el Tomador del Seguro o el Asegurado al Instituto, como contraprestación por la cobertura de riesgo que el Asegurador asume.
- 58. Propuesta de seguro:** Es la oferta o cotización que el INSTITUTO ofrece al Tomador con los términos y condiciones que regularán el seguro.
- 59. 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.
- 60. Proveedor afiliado:** Es la persona física o jurídica autorizada por el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud con cargo a la póliza.
- 61. Proveedor no afiliado.** Es la persona física o jurídica que no tiene un convenio con el Instituto para proporcionar los bienes o servicios de salud a los asegurados.
- 62. Razón de siniestralidad:** Es el resultado de dividir los montos por concepto de siniestros incurridos (corresponde a siniestros pagados más siniestros pendientes de pago de ese mismo año póliza) entre el monto recibido por primas netas menos devoluciones del año póliza.

- 63. Red de proveedores:** Son todos aquellos proveedores afiliados los cuales tienen un convenio con el Instituto para otorgar los bienes o servicios de salud a los asegurados.
- 64. 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.
- 65. Síndrome de Hellp:** Es una complicación seria de la presión arterial alta inducida por el embarazo y que consiste en la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre, afectación del funcionamiento del hígado y trastornos de la coagulación que llevan a hemorragia.
- 66. Síndrome de Sheehan:** Es una afectación del riego sanguíneo en la glándula hipófisis en el postparto.
- 67. Tarjeta de identificación:** Es el carné de identificación que entrega el Instituto a cada Asegurado cuando suscribe la póliza, en el cual se detalla su nombre, condición de Asegurado, número de póliza y otros datos de relevancia.
- 68. Tomador del Seguro:** Es la persona jurídica que suscribe la póliza con el Instituto en representación del grupo asegurado.
- 69. 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.
- 70. Trasplante:** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un Asegurado, uno de los órganos o tejidos indicados bajo la cobertura de trasplante, proveniente de un donador.
- 71. Tratamiento experimental:** Se considera experimental aquel tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo 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:
- Está 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).
 - No está 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 y/o Ministerio de Salud en Costa Rica.
 - 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.
 - No está generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el Asegurado o no está 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 firmado por el Asegurado o alguna persona actuando en nombre de él.

El hecho de que el procedimiento, servicio, dispositivo, droga o combinación de drogas, o equipo sea la única esperanza de sobrevivencia del Asegurado, no cambia el hecho de que el mismo sea investigativo o experimental.

SECCIÓN B. DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA POLIZA

CLÁUSULA II. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza y por ende son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones: la Propuesta del Seguro, la Solicitud del Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, la Solicitud de Enrolamiento, los Reportes de Asegurados del Tomador del Seguro, la Boleta de Autorización de Consulta de Expedientes y las pruebas de asegurabilidad solicitadas por el Instituto para cada Asegurado cuando así lo requiera, las Condiciones Generales y Particulares, así como los Anexos de Cobertura, de Exclusiones, los adenda, y el Certificado Individual de Seguro.

El orden de prelación de los documentos que constituyen la póliza es el siguiente: Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Anexos de Cobertura, de Exclusiones, la Propuesta del Seguro, las solicitudes, las pruebas de asegurabilidad, el Certificado Individual de Seguro, los adenda, los Reportes de Asegurados del Tomador del Seguro y la Boleta de Autorización de Consulta de Expedientes.

SECCIÓN C. AMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA III. AMBITO DE COBERTURA

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

- a. **Regional.** El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos, incurridos por el Asegurado en Centroamérica y Panamá; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad 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 de la región.
- b. **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, incurridos por el Asegurado en Costa Rica y el resto del mundo como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza.

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no preexistente o accidente deberá utilizarse en primera instancia la cobertura de Asistencia al Viajero, siempre que la misma haya sido suscrita.

Ambas opciones están sujetas a lo establecido en la Cláusula Residencia Temporal.

CLÁUSULA IV. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y CLASE DE SEGURO

Este seguro podrá contratarse únicamente de forma Colectiva, de acuerdo a las siguientes características:

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

El presente es un contrato colectivo de adhesión modalidad "Tipo", conformado por un conjunto de cláusulas establecidas por el INSTITUTO, las cuales permiten un margen de negociación con el Tomador.

CLÁUSULA V. PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. Asegurado Directo.
2. Dependientes en los casos en que se incluyan en la póliza de acuerdo con lo establecido en la Cláusula I. Definiciones.

CLÁUSULA VI. RIESGOS CUBIERTOS

1. **Coberturas Básicas.** Se establecen como coberturas básicas las siguientes, donde el Tomador del Seguro podrá elegir una de ellas o ambas. Las coberturas elegidas se detallarán en las Condiciones Particulares, el Anexo de Coberturas y para cada Asegurado en el Certificado Individual de Seguro.
 - a. Gastos médicos ambulatorios por enfermedad o accidente
 - b. Gastos médicos por hospitalización y cirugía
2. **Coberturas adicionales.** Serán las detalladas en el Anexo de Coberturas y de conformidad con los límites y condiciones especificados en las Condiciones Particulares. Para cada Asegurado se detallarán las coberturas adicionales en el respectivo Certificado Individual de Seguro.

En caso que ocurra un siniestro amparado bajo la presente póliza, el Instituto le pagará al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, hasta los límites o sumas aseguradas indicadas en las Condiciones Particulares.

Las pérdidas que afecten a los integrantes del grupo asegurado a causa de la exposición a un riesgo especial serán cubiertas si se encuentran detalladas en las Condiciones Particulares y Anexo de Coberturas.

No obstante lo anterior, por tratarse éste de un contrato tipo, el Instituto podrá establecer en las Condiciones Particulares, la ampliación o limitación del alcance de las coberturas de esta póliza, según acuerdo con el Tomador del Seguro.

CLAUSULA VII. BENEFICIO MAXIMO ANUAL

El beneficio máximo anual y alcances para las diferentes coberturas se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado Individual de Seguro para cada Asegurado Directo.

CLAUSULA VIII. EXCLUSIONES

Las diferentes coberturas tendrán las exclusiones que se establecerán de común acuerdo entre el Tomador del Seguro y el Instituto, según se indique en el Anexo de Exclusiones correspondiente.

CLÁUSULA IX. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LOS GASTOS

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

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

- a. Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b. Facturas originales (las fotocopias o reimpressiones no se consideran documentación válida).
- c. Prescripciones y recetas médicas.
- d. Resultados de los exámenes prescritos por el médico tratante.

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 incurridos, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por el Tomador, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible. La acumulación del deducible, aplicará únicamente en gastos ambulatorios excepto consultas médicas.

Una vez que el Asegurado alcance el deducible anual elegido, el Instituto procederá a realizar el pago por el exceso de los gastos incurridos por siniestros cubiertos por el seguro, de acuerdo con el costo de servicios médicos y contemplando los copagos y/o coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada. Este reembolso aplicará únicamente en exceso del deducible anual escogido.

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.

Tanto la participación correspondiente a copagos y coaseguros y el detalle de los rubros en que aplican, como el límite por concepto de Deducible Máximo Anual serán indicados en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA X. PERÍODO DE CARENCIA

El Período de Carencia para las coberturas que correspondan se indica en las Condiciones Particulares.

SECCIÓN D. BENEFICIARIOS

CLAUSULA XI. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al deceso del Asegurado, si fue suscrita la Cobertura de Fallecimiento, el importe de la indemnización al amparo de esta póliza se pagará a los beneficiarios de conformidad con los siguientes lineamientos:

1. Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.
2. Por fallecimiento de los Asegurados dependientes, al Asegurado Directo, o en su defecto, los herederos legales de los mismos, si fue suscrita para éstos la Cobertura de Fallecimiento.

Advertencia:

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

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

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

CLAÚSULA XII. MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado Directo puede cambiar de beneficiario en cualquier momento. El cambio de beneficiario debe efectuarse por escrito y es válido sólo si fue recibido por el Instituto, quien hará efectivo el cambio a partir de la fecha en que recibe la solicitud de cambio y lo registrará en la póliza.

El pago hecho por el Instituto a una persona beneficiaria, antes de haber sido informado de la sustitución o revocación, lo libera de las obligaciones correspondientes.

En los casos en que el Asegurado ha designado a más de un beneficiario sin especificar la distribución respectiva entre ellos, el Instituto realizará la distribución en partes iguales. Si alguno de los beneficiarios designados fallece antes que el Asegurado y no es debidamente sustituido, la proporción del monto correspondiente será distribuido en partes iguales entre los otros beneficiarios registrados en la póliza. Si no fueron designados beneficiarios o no sobrevive ningún beneficiario al momento del fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales del Asegurado según se establezca en el respectivo proceso sucesorio.

SECCIÓN E. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, ASEGURADO O BENEFICIARIO

CLAUSULA XIII. EDAD DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Las edades de contratación y cobertura tanto del Asegurado Directo como de los Asegurados Dependientes se indican en las Condiciones Particulares. El Asegurado deberá indicar en la solicitud de inclusión su fecha de nacimiento y la de sus dependientes. Cuando se detecte una fecha de nacimiento, género o parentesco diferente a los reales, el Instituto podrá realizar el ajuste de prima correspondiente. En caso de primas faltantes el Tomador del seguro deberá pagarlas en el próximo pago de prima. Si procede una devolución de primas ésta se hará al Tomador del Seguro o al Asegurado, según corresponda en un plazo de diez (10) días hábiles.

Hijos nacidos en el seguro, es decir, producto de un embarazo cubierto por esta póliza, para ser incluidos en el seguro se deberá presentar la Solicitud del Seguro dentro de los treinta (30) días naturales después de su nacimiento, a fin de que se proceda con el trámite de la inclusión en la póliza y se pague la prima correspondiente. En caso de no presentarse la solicitud durante este plazo, posteriormente se podrá solicitar la inclusión para lo cual se deberá realizar el proceso de selección de riesgos que corresponda.

Para aquellos niños nacidos como producto de un parto cubierto por esta póliza como resultado de un tratamiento de infertilidad o cuyo nacimiento no fue cubierto por la póliza, podrán ser elegibles a partir del día treinta y uno (31) de su nacimiento, para lo cual deberán presentar la solicitud del seguro. El Instituto realizará el análisis del riesgo que corresponda.

CLÁUSULA XIV. RESIDENCIA TEMPORAL

Esta póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que el Asegurado Directo y sus dependientes inscritos residen en Costa Rica. En caso de que alguno de los asegurados resida fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos, el Asegurado o el Tomador de Seguro deberán comunicarlo por escrito al Instituto, quien se reserva el derecho de aceptar esta condición y de aplicar el recargo correspondiente el cual se indicará en las Condiciones Particulares.

Si el Asegurado o Tomador del Seguro no informan al Instituto sobre su cambio de residencia temporal en el extranjero, la persona se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación. La devolución procederá siempre que no existan reclamos pagados durante la vigencia de la póliza.

CLAUSULA XV. INCLUSION DE ASEGURADOS

El miembro del grupo asegurable que desee estar incluido en el seguro deberá completar la fórmula suministrada por el Instituto para tal efecto, en la que solicita su inclusión en el seguro.

El Instituto dentro de un plazo que no excederá treinta (30) días naturales aceptará o rechazará dicha solicitud y de ser necesario, solicitará las pruebas de asegurabilidad establecidas.

En caso de que la inclusión de un Asegurado requiera de la aceptación del riesgo, se tomará como fecha de inclusión la indicada por el aceptador del riesgo, para lo cual se calculará el ajuste correspondiente.

Si la solicitud de inclusión es aceptada, el Instituto generará el certificado individual de seguro que se hará llegar al Asegurado. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptado el riesgo.

El Tomador del Seguro deberá realizar el pago de la prima correspondiente a dicha inclusión dentro del período de gracia establecido en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XVI. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Tomador del Seguro será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a) La lista de los nuevos Asegurados al grupo, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión o de Enrolamiento según corresponda, como Asegurado debidamente cumplimentada.
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Tomador del Seguro ha solicitado la exclusión definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

Todos los reportes a presentar ante el Instituto mencionados anteriormente, deberán ser entregados por los medios electrónicos definidos y con la estructura de datos suministrada por el Instituto.

Conforme a la información suministrada por el Tomador del Seguro, el Instituto llevará un registro de Asegurados en el que deberá constar el nombre, edad, fecha de nacimiento, género, parentesco con el Asegurado Directo, tipo y número de identificación, beneficiarios designados, suma asegurada por cobertura, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado.

CLÁUSULA XVII. CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

El Instituto emitirá un Certificado Individual de Seguro Individual y un Cuadro de Beneficios para cada Asegurado Directo, en el cual detalla la información de la póliza en la que fue incluido así como la descripción de coberturas, montos y beneficios a los que tiene derecho y las limitaciones de la póliza. Estos documentos serán entregados al Tomador del Seguro quien tendrá la obligación de trasladarlos a cada Asegurado Directo y demostrar al Instituto la recepción a satisfacción mediante el formulario Comprobante de Entrega de Documentos.

SECCIÓN F. PRIMAS**CLAUSULA XVIII. PRIMAS**

La prima de esta póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y estará sujeta a las coberturas que libremente elija el Tomador del Seguro.

CLÁUSULA XIX. PAGO Y FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

La responsabilidad del pago total de la prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador del Seguro.

Los pagos deberán realizarse al Instituto en efectivo, mediante cheque, tarjeta de crédito o débito, depósito bancario o transferencia bancaria. Sin embargo, cuando no se utilice efectivo la validez del pago quedará supeditada a que el Instituto reciba el dinero a satisfacción.

CLÁUSULA XX. PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la prima el Instituto le concede al Tomador del Seguro un Período de Gracia que no podrá ser inferior a diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, el cual estará establecido de forma definitiva en las Condiciones Particulares. Dicho período empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la prima, según la forma de pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares.

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir siniestros amparados por la presente póliza, ésta se considerará en vigor y el Instituto pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del Seguro de las primas pendientes.

CLAUSULA XXI. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Toda devolución de primas, ya sea al Tomador del Seguro o al Asegurado Directo, según corresponda, será girada por el Instituto dentro de los diez (10) días hábiles después de la fecha en que procede dicha devolución.

SECCION G. AJUSTE DE PRIMAS**CLÁUSULA XXII. AJUSTE DE PRIMAS PARA RENOVACION O PRORROGAS**

La prima del seguro tanto para renovación como para prorrogas se establece tomando en cuenta las tarifas vigentes, las coberturas contratadas, los descuentos y recargos relacionados con el número de

asegurados, la experiencia del grupo asegurado, cuando exista y la inflación de costos médicos., todos estos factores estarán indicados en las Condiciones Particulares de este contrato.

Las modificaciones en la prima se establecen de conformidad con lo indicado en la Cláusula de Modificación y Renovación de la póliza.

Para cada Asegurado la prima puede variar según el análisis del riesgo realizado de conformidad con las declaraciones brindadas en la Solicitud de Inclusión y las pruebas de asegurabilidad.

SECCION H. RECARGOS Y DESCUENTOS

CLAUSULA XXIII. RECARGOS Y DESCUENTOS

Tanto en la emisión del seguro como en las renovaciones o prorrogas se podrán establecer recargos o descuentos a la prima, los mismos dependerán de las características del grupo a asegurar. Estas variables se indicarán en las Condiciones Particulares de este contrato y serán negociadas previamente con el Tomador

La determinación de los mismos dependerá de los siguientes factores:

- a. La tarifa vigente según la modalidad y esquema de producto escogido
- b. La edad y género del asegurado
- c. Las coberturas suscritas
- d. Número de asegurados
- e. Número de familiares dependientes asegurados
- f. Experiencia siniestral del grupo asegurado
- g. Inflación de los servicios de salud
- h. Recargos o descuentos que se determinen en el proceso de selección de riesgos

SECCION I. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION Y ATENCION DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXIV. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO

El Asegurado, el Tomador del Seguro o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación. Los requisitos para la presentación de reclamos estarán indicados en las Condiciones Particulares de la póliza y el Certificado Individual de Seguro individual, de acuerdo con las coberturas que el Tomador del Seguro haya escogido.

CLÁUSULA XXV. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

La suma asegurada de este seguro podrá ser anual renovable, según la solicitud del Tomador del Seguro, lo cual quedará establecido en las Condiciones Particulares.

Si el monto es anual renovable, sin importar el número de eventos durante el año póliza, la suma asegurada se restituye de acuerdo a sus límites de cobertura para el año siguiente, excepto en casos de coberturas vitalicias, donde el monto de los gastos cubiertos se deducen de la suma asegurada inicial.

La suma asegurada se agota por persona, por cada Asegurado 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.

Para poder hacer uso del seguro el Instituto podrá establecer un monto a partir del cual se deberá preautorizar cualquier gasto médico. Este monto podrá negociarse y se establecerá en las Condiciones Particulares.

El Asegurado tiene libre elección médica, sin embargo para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios, farmacias) que brindan servicios de salud a los Asegurados. Con el Tomador del Seguro se podrá pactar la utilización de la red de proveedores completa o una selección más reducida de la misma.

El proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por medio del Administrador de Servicios Médicos en atenciones hospitalarias, una vez asumidos por el Asegurado los montos que correspondan. Para los servicios ambulatorios será el Asegurado quien cubra el costo de los mismos y posteriormente gestione ante el Instituto el reembolso, no obstante el Tomador del Seguro podrá negociar la cobertura ambulatoria mediante pago directo al proveedor afiliado.

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

Cuando se requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviar un correo electrónico a la dirección autorizacionesins@ins-cr.com, también puede hacerlo al fax 2243-9968 o entregar en el Instituto el formulario de Solicitud de Pre-autorización debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

Toda solicitud de pre-autorización 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. Dentro del plazo indicado el Instituto brindará confirmación de la evaluación de la pre-autorización, al proveedor afiliado que corresponda.

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, de conformidad con las condiciones y montos autorizados previamente informados. El Asegurado asume el costo del deducible anual, copagos o coaseguros estipulados y cualquier otro gasto que no sea objeto de cobertura. No obstante esta participación de los gastos podrá ser negociada con el Tomador y quedará establecida en las Condiciones Particulares.

El Asegurado también 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; en estos casos el médico o clínica no tiene precios negociados con el Instituto y se aplicará un coaseguro mayor.

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 pre-autorización. De no cumplirse con este requisito, las coberturas serán cubiertas de conformidad con el porcentaje de coaseguro mayor el cual estará definido en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares.

Todo gasto cubierto será reconocido de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual, los copagos o coaseguros establecidos en dicho documento.

El copago es aplicable a la consulta médica y al primer día de hospitalización. Lo demás gastos son objeto de aplicación del coaseguro establecido en las Condiciones Particulares, el cual se calcula sobre los gastos indemnizables.

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

En caso de utilización del seguro fuera de Costa Rica el Asegurado 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
- Números directos
+1 (407) 264-7118 USA
(091) 189-5152 España
+1 (407) 264-7118 Canadá/Caribe/Resto de las Américas*
+34 (91)189-5152 Europa/Resto del mundo*

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

Todos los gastos incurridos tanto dentro como fuera de red se pagarán de acuerdo al costo de servicios médicos. Si el seguro contratado su ámbito de cobertura es Regional, pero debe utilizar la póliza fuera de la región, serán tramitados únicamente por reembolso y al costo de servicios médicos de la región.

En las Condiciones Particulares según las coberturas contratadas se establecen el deducible anual, copagos y coaseguros que aplican en los diferentes servicios médicos.

Enfermedad aguda o accidente fuera de Costa Rica

Cuando el Asegurado viaje fuera del país, en todos los casos de enfermedad aguda no pre-existente 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.

Si se suscribió la cobertura regional y los gastos son efectuados fuera de Centroamérica los mismos se tramitarán únicamente vía reembolso y una vez superado el deducible anual elegido.

Si los gastos son fuera de Centroamérica y el ámbito de cobertura es internacional y se suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero, deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos, a los números de contacto antes indicados.

Si el Tomador del Seguro no suscribió la cobertura de Asistencia al Viajero o el Asegurado no realiza la coordinación mediante el Administrador de Servicios Médicos y sufre un accidente o enfermedad aguda deberá presentar los gastos utilizando la modalidad de reembolso.

CLÁUSULA XXVI. REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

El Instituto tiene derecho de examinar a los Asegurados por medio de los médicos designados por él, para comprobar la procedencia de todo reclamo. Estos gastos serán por cuenta del Instituto.

Los Asegurados están en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la evaluación del caso y deberán firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de información adicional que necesite el Instituto.

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

CLÁUSULA XXVII. PLAZO DE RESOLUCIÓN

El Instituto de conformidad con el Artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de que el interesado presente los requisitos completos.

CLÁUSULA XXVIII. OTROS SEGUROS

En caso que los Asegurados cuenten con otros 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. Si el otro seguro es de Riesgos del Trabajo o Seguro Obligatorio Automotor, esta póliza aplicará en exceso de éstos, de forma complementaria y contingente.

SECCION J. VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRORROGAS O RENOVACIONES

CLAUSULA XXIX. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la presente póliza será por un período de un año que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando se haya pagado la prima correspondiente.

Se entiende que esta póliza es anual renovable con coberturas que pueden tener monto asegurado vitalicio o anual renovable según lo acordado con el Tomador y estipulado en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA XXX. MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

El Instituto podrá introducir modificaciones a las condiciones de la póliza aplicables a partir de la renovación de la misma, así como cambiar las primas de esta en cada fecha de renovación anual o en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que dichas primas hayan estado vigentes por doce (12) meses y siempre que se notifique el cambio con treinta (30) días naturales de anticipación.

La prima estará determinada de acuerdo con los siguientes factores:

- i. La tarifa vigente según la modalidad y esquema de producto escogido
- j. La edad y género del asegurado
- k. Las coberturas suscritas
- l. Número de asegurados
- m. Número de familiares dependientes asegurados
- n. Experiencia siniestral del grupo asegurado
- o. Inflación de los servicios de salud
- p. Recargos o descuentos que se determinen en el proceso de selección de riesgos

Cuando se trate de modificaciones generales para todas las pólizas, los mismos estarán técnicamente sustentados ante el órgano supervisor.

El Tomador del Seguro dispondrá de quince (15) días naturales, contados a partir de la fecha de recibo de la carta en que el Instituto informa sobre dichas modificaciones, para manifestar su conformidad o rechazo de las mismas. En caso que manifieste su conformidad de forma expresa o bien mediante el pago de la prima, esta póliza se tendrá por renovada automáticamente por un período igual.

El Tomador del Seguro podrá solicitar cambios en la póliza, previo aviso por escrito al Instituto con treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de renovación anual y sujeto a las pruebas de asegurabilidad cuando se requieran. El Instituto cuenta con treinta (30) días naturales contados desde la solicitud de modificaciones que plantea el Tomador del Seguro, para analizarla y si considera que la misma procede, la incluirá a la póliza por medio de un addendum; de lo contrario en el mismo plazo el Instituto comunicará por escrito al Tomador del Seguro sobre el rechazo de la solicitud.

En caso que la modificación genere la obligación de pagar una prima el Tomador del Seguro deberá realizar el pago correspondiente dentro del Período de Gracia indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta póliza operará bajo la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que cubrirá únicamente gastos acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la póliza.

CLAUSULA XXXI. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a) A solicitud expresa y por escrito del Tomador del Seguro del seguro con al menos treinta (30) días naturales de anticipación.
- b) 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.
- c) Cuando en el aniversario de la póliza o en la fecha de vencimiento de pago de prima el número de Asegurados Directos sea menor a 10 o menor al setenta y cinco por ciento (75%) del grupo de personas elegibles para el seguro de conformidad con la propuesta original del Tomador del Seguro. Si se pacta una cantidad o porcentaje diferente con el Tomador del Seguro se indicará en las Condiciones Particulares.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de terminación de la póliza, éstas serán devueltas al Tomador del Seguro o Asegurado Directo, según la tabla de cancelación anticipada que se incluye en las Condiciones Particulares. Dicha devolución será realizada en el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la terminación de la póliza, siempre que no existan reclamos amparados en el período. Por lo cual en caso de haber reclamos se retendrá el 100% de la prima pagada de ese Asegurado en la póliza.

El Tomador del Seguro bajo su entera responsabilidad y durante el plazo de treinta (30) días naturales previos a la cancelación de la póliza, deberá comunicar de la decisión a los Asegurados con el fin de que estos puedan ejercer las acciones pertinentes, sea por el trámite de reclamos o el proceso de aseguramiento en otra póliza.

CLÁUSULA XXXII. TERMINACION DEL CONTRATO PARA CADA ASEGURADO

La cobertura de cada Asegurado terminará automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable.
2. Por falta de pago de la prima al término del Período de Gracia, en cuyo caso el Instituto notificará dicha decisión al Tomador del Seguro y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia de conformidad con el Artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
3. El Tomador del Seguro solicite la exclusión del Asegurado.
4. Por declaraciones falsas o inexactas.
5. En caso de que el Asegurado resida permanentemente fuera del país, excepto que se haya negociado con el Tomador.

Si existen primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, éstas serán devueltas al Tomador del Seguro o al Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la cobertura, siempre que no existan reclamos amparados en el período. Por lo cual en caso de haber reclamos se retendrá el 100% de la prima pagada de ese Asegurado en la póliza.

SECCION K. CONDICIONES VARIAS

CLÁUSULA XXXIII. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que reúnen como mínimo los siguientes requisitos de elegibilidad:

- a. Formen parte del grupo asegurable según se define en esta póliza.
- b. Cumplan los requisitos que se establezcan en las Condiciones Particulares.
- c. Cumplan con las condiciones para ser un Asegurado Dependiente, en caso de que se negocie su inclusión.

CLÁUSULA XXXIV. PARTICIPACION DE BENEFICIOS

El Instituto podrá reconocer un porcentaje por participación de beneficios a Clientes Estratégicos asegurados, que tengan suscrita la modalidad colectiva No Contributiva, al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de su póliza por experiencia siniestral favorable. Este porcentaje será negociado con el Tomador y se indicará en las Condiciones Particulares.

En caso de la modalidad colectiva Contributiva se podrá negociar una comisión de cobro adicional a Clientes Estratégicos asegurados, al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de su póliza por experiencia siniestral favorable. Este porcentaje estará indicado en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA XXXV. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Este seguro podrá ser suscrito en colones (costarricenses) o en dólares (estadounidenses), según sea elegido por el Tomador del Seguro al momento de la suscripción de la póliza.

Si la póliza es suscrita en colones el Tomador del Seguro podrá pagar la prima en moneda nacional o bien en dólares (estadounidenses) para lo cual el aplicará el tipo de cambio de referencia para la compra que haya fijado el Banco Central de Costa Rica y vigente el día de pago. Si se suscribe en dólares, el Tomador del Seguro podrá pagar la prima en dicha moneda o bien en colones (costarricenses) según el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente el día de pago.

En caso de reclamos, los mismos serán reembolsados en la moneda en que se erogó el gasto.

CLÁUSULA XXXVI. SUBROGACIÓN

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

CLÁUSULA XXXVII. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

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

CLÁUSULA XXXVIII. TRASPASO O CESIÓN

El Instituto no reconocerá traspaso o cesión alguna que haga el Asegurado sobre los beneficios del seguro a un tercero.

CLÁUSULA XXXIX. 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 XL. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

El Tomador del Seguro se compromete con el Instituto, a través del Contrato de Seguros, a brindar información veraz y verificable, conforme con lo establecido en la Ley 8204, su Reglamento y Normativa conexas, principalmente en lo que atañe al cumplimiento de la Política Conozca a su Cliente a efecto de cumplimentar el formulario denominado "Conozca su Cliente", así mismo se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando el Instituto se lo solicite.

El Instituto, se reserva el derecho de cancelar el Contrato de Seguro, en caso que el Tomador del Seguro incumpla con esta obligación. El Instituto devolverá la prima no devengada si la hubiera, en un plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha de cancelación.

CLÁUSULA XLI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si al emitirse el seguro el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del Seguro podrá solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones.

En caso de que el Tomador del seguro no desee continuar con la póliza, el Instituto devolverá la proporción de la prima pagada no devengada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

CLÁUSULA XLII. OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

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

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

SECCION L RESOLUCION DE CONTROVERSIAS

CLÁUSULA XLIII. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de este contrato, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios 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.

CLÁUSULA XLIV. LEGISLACION 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.

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto por un lado y el Tomador del seguro, los Asegurados y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

SECCION M. COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

CLÁUSULA XLV. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Tomador de Seguro o el Asegurado, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación o bien enviarla por correo ordinario o certificado a la dirección señalada por el mismo en la solicitud de seguro o a la última recibida por el Instituto.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán reportar por escrito al Instituto o al intermediario de seguros autorizado todo cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección física, correo electrónico o fax proporcionados.

En caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan fijado un lugar y/o medio para las notificaciones y comunicaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley N° 8687 Notificaciones Judiciales, de 04 de diciembre de 2008 y demás legislación aplicable.

SECCION N. LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA XLVI. 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 **P20-64-A01-694** de fecha **05 de noviembre del 2016**.