



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Este certificado incluye los aspectos más relevantes de la póliza a la cual Usted fue suscrito. Por tanto, no constituye un contrato y su validez está sujeta a las condiciones de la póliza. Este certificado reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad.

MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN

Para contactar al Instituto puede hacerlo por los siguientes medios:

- Dirección Oficinas Centrales, calle 9 y 9 Bis, Avenida 7. San José.
- Central telefónica del INS 2287-6000.
- Consultas sobre seguros: 800-835-3467 TeleINS.
- Correos: Consultas sobre seguros: contactenos@ins-cr.com,
- Sugerencias o quejas: cservicios@ins-cr.com.

También puede comunicarse con su agente de seguros o en cualquier Sede del Instituto en: Liberia, Nicoya, Puntarenas, San Ramón, Pavas, Cartago, San Isidro del General, Ciudad Neily, Turrialba, Limón, Guápiles, Guadalupe, Heredia, Alajuela, Ciudad Quesada, Desamparados, Tibás, San Pedro.

ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento al Instituto, copia de los documentos que conforman la póliza, sus modificaciones y adiciones. Las Condiciones Generales puede accederlas en la dirección electrónica: www.ins-cr.com; los demás documentos puede solicitarlos a la Sede del INS donde se tramita la póliza.

CONDICIONES QUE DEBE OBSERVAR PARA LA EFECTIVIDAD DEL SEGURO

La póliza a la cual Usted se encuentra suscrito está sujeta a una serie de condiciones que deben ser observadas para hacer efectivo el seguro, entre ellas se resumen a continuación las más importantes:

1. CUADRO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

A continuación, se describen las coberturas suscritas para esta póliza así como la suma asegurada elegida para cada una de las coberturas descritas o bien el beneficio que otorgan. Mediante el Anexo de Coberturas se brinda el alcance de cada cobertura.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Nota importante: La suma asegurada en las coberturas básicas y sublimitadas no puede superar el total del beneficio máximo anual asegurado indicado en estas Condiciones.

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	Anual Renovable Total		¢12.200.000
	a. Gastos Ambulatorios		¢1.200.000
	b. Gastos Hospitalarios		¢11.000.000
ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO			
Modalidad	Colectiva		
Ámbito de Cobertura	Costa Rica, no obstante, los gastos fuera de Costa Rica se cubrirán por reembolso según el costo de los servicios médicos de Costa Rica.		
Deducible Anual por Persona	¢200.000		
Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria			
Costa Rica	Máximo por consulta General: ¢18.000	Máximo por consulta Especialista: ¢30.000	
Deducible anual			
Gastos Ambulatorios (Reembolso)			
Maternidad			
No acumula deducible anual			
Medicamentos			
Atención Primaria: no acumula deducible anual			
Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%. Servicio de medicina virtual incluido, ver Anexo de Utilización del Seguro.			
Gastos Hospitalarios (Pago Directo o Reembolso)			
Dentro de Red de Proveedores	Fuera de Red Proveedores	Maternidad	
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumula deducible anual	
Coaseguro			
0% coaseguro Atención Médica Primaria			
0% coaseguro Medicina Virtual			
0% coaseguro Red de Servicios Salud del INS			
Gastos ambulatorios (excepto consultas médicas)			
Dentro o fuera de la Red de Proveedores (excepto Ortopedia)	Gastos médicos Ortopedia		
20% coaseguro	Dentro de la Red de Servicios de Salud del Instituto Pago Directo se cubren al 100%		
	Fuera de la Red de Servicios de Salud del Instituto (Reembolso) 30% coaseguro		
Gastos hospitalarios			



**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO-
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

Dentro o fuera de la Red de Proveedores (excepto Honorarios Profesionales)	Honorarios Profesionales (médico cirujano, asistente, anestesiólogo y otros honorarios profesionales)		
20% coaseguro	40% coaseguro		
Para prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo se reconocerá el 50% del costo de servicios médicos, siempre y cuando sean medicamente necesarias.			
Si el Asegurado recibe atención médica fuera de Costa Rica, se cubrirán por reembolso los gastos incurridos y cubiertos por el seguro, de acuerdo con los costos de servicios médicos vigentes para Costa Rica.			
Coberturas Básicas			
1.Cobertura A: Gastos Ambulatorios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)			
Suma asegurada anual por persona		¢1.200.000	
Gastos Sublimitados	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Laboratorio: Hemograma, hematocrito, glicemia, glicemia post carga, colesterol, triglicéridos, fracción HDL, fracción LDL, orina general, ácido úrico, creatinina, nitrógeno ureico y heces.	Máximo ¢300.000 anuales (incluidos dentro del sublímite de gastos ambulatorios)	Superado el y aplicado el coaseguro correspondiente.	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Ultrasonido: de mamas, ginecológico, abdomen general, próstata y tejidos blandos.			
Radiografía: de tórax, de senos paranasales, de cráneo, de columna, perfilograma y adicionalmente otras radiografías de extremidades superiores e inferiores como mano, pie, codo, radio, hombro, rodilla, tibia y peroné.			



**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO-
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

2.Cobertura B: Gastos Hospitalarios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)			
Suma asegurada anual por persona		¢11.000.000	
Gastos Sublimitados	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Tac: de cerebro, de columna vertebral y de abdomen*.	Máximo ¢1.000.000 anuales (incluidos dentro del sublímite de gastos hospitalarios)	Superado el deducible y aplicado el coaseguro correspondiente.	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Resonancias magnéticas*.			
*En caso de que se presenten estos rubros de forma ambulatoria se incluirán dentro de la cobertura de Gastos Hospitalarios.			
Gastos médicos sujetos a sublímites (Incluidos dentro de gastos ambulatorios y/o hospitalarios según corresponda)			
Una vez superado el deducible y aplicado el coaseguro correspondiente			
Procedimiento / Cobertura	Monto máximo	Período de carencia	
Maternidad (no aplica deducible ni coaseguro) Incluye gastos pre y post natales, parto normal o cesárea, parto múltiple y complicaciones.	¢1.400.000 por evento (Embarazo)	Para las aseguradas que estaban incluidas en la póliza antes del 01-06-2018 no aplica periodo de carencia. Para las aseguradas que se incluyan a partir del 01-06-	



**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO-
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

		2018 se aplicará un periodo de 10 meses consecutivos a partir de la fecha de inclusión en la póliza.
Cirugía de lente intraocular para tratamiento de catarata (por cada ojo y contempla todos los gastos relacionados con la cirugía, honorarios, lente, gastos quirúrgicos).	Máximo ₡500.000	Hasta diez (10) meses consecutivos.
Audífonos (por cada oído) siempre que sean medicamente necesarios y que el accidente o enfermedad sea cubierta por el seguro.	Máximo ₡500.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Evento quirúrgico (incluye gastos hospitalarios y honorarios profesionales para una cirugía).	Máximo ₡5.300.000 por evento, la suma por eventos no puede superar los ₡10.600.000 por persona por año póliza	Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.
Deportes, ya sea en forma recreativa o competitiva.	Máximo ₡2.000.000. Se aplican sublímites de gastos ambulatorios u hospitalarios según corresponda.	Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.
Enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y/o cardíacas. Se exceptúa la (s) prótesis que se requieran para los diagnósticos correspondientes a enfermedades cardiovasculares y/o cerebrovasculares.	Máximo ₡5.000.000. Se aplican sublímites de gastos ambulatorios u hospitalarios según corresponda	Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.
Terapias Especiales (Ver anexo de coberturas)	Máximo de quince (15) sesiones por año póliza, siempre que sean prescritas por el médico tratante	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
Rehabilitación (Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria).	Máximo de quince (15) sesiones por año póliza, siempre que sean prescritas por el médico tratante	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región.
Cuidados de Enfermería en el Hogar.	Máximo de sesenta (60) horas por año póliza.	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región.
Enfermedades pandémicas y epidémicas	Máximo ₡1.000.000 (no aplica deducible)	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región.
Terapias Post- Covid	Máximo ₡500.000 (no aplica deducible ni coaseguro)	



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Chequeo general una vez al año (sólo a través del Hospital del Trauma). A partir de la fecha de inclusión del Colegiado en la póliza, aplica solamente para el Colegiado	100% de acuerdo con el paquete de chequeos que ofrece el Hospital del Trauma
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo

Notas:

1. El período de carencia se cuenta desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas sublimitadas se deducen del monto asegurado indicado para la (s) cobertura (s) básica (s), es decir el monto total cubierto no podrá exceder el monto asegurado que se indica para las Coberturas Básicas.

2. Cobertura de Preexistencias:

1. Para los asegurados que se incluyan en la póliza a partir del 01-06-2012 se cubrirán los padecimientos preexistentes a partir de junio del 2014.
2. Para los Asegurados que ingresen posterior al 01-06-2012 se establece un período de carencia para Preexistencias de dos años a partir de la fecha de inclusión del Asegurado al contrato.

Las enfermedades preexistentes serán cubiertas siempre que no se encuentren expresamente excluidas en el contrato o en período de carencia y hasta por un monto de dos millones de colones (¢2.000.000) por persona por año póliza. Dicho monto no superará la suma de un millón doscientos mil colones (¢1.200.000) bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios y Coberturas sujetas a sublímite en donde aplicará el monto máximo según corresponda.

En el caso de las personas que se excluyan del contrato y se incluyan posteriormente los períodos de carencia para el aseguramiento de Preexistencias aplicarán desde la nueva fecha de inclusión.

Cobertura de casos de alto impacto

Para los asegurados que se incluyan posteriormente en la póliza, deberá indicar por escrito si cuenta con alguna enfermedad de alto impacto o embarazo en curso, en cuyo caso se determinarán las condiciones de aseguramiento para dicho asegurado.

En caso de que se presente un reclamo por alguna enfermedad de alto impacto que no haya sido declarada por el Tomador según lo detallado anteriormente, no será objeto de cobertura.

I. MEDICINA VIRTUAL

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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá a la prescripción de los mismos, además confeccionará un historial clínico.

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

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

II. RED DE SERVICIOS DE SALUD

Ofrecemos una amplia gama de servicios de salud brindados en el Hospital de Trauma y en la Red de Servicios de Salud, el cual se detalla en el anexo.

BENEFICIOS AL UTILIZAR LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL DE TRAUMA Y NUESTRA RED DE SALUD:

- El asegurado no tiene que asumir participación (coaseguros, deducibles y copagos), todos los gastos en el Hospital de Trauma y Red de Salud se cubren al 100%.
- Se brinda la cobertura si los servicios son médicamente necesarios y recetados por el médico correspondiente, y como beneficio no se tiene que haber superado el deducible.

III. BENEFICIO DE GIMNASIOS

Pensando en el bienestar de nuestros asegurados, le ofrecemos un beneficio gratuito por medio de nuestra Red de Centros de Entrenamiento donde podrá aprovechar los descuentos en matrícula y mensualidades.

La operatividad del beneficio, así como los Centros afiliados se adjuntan en documentos anexos.

Beneficios:

El programa brinda acceso a descuentos en matrículas y mensuales con el fin que el asegurado pueda mejorar su calidad de vida tanto física como mentalmente a través del ejercicio.

El asegurado no debe de incurrir en gastos por conceptos de: coaseguros, copagos y/o deducible.

Tiene acceso al beneficio durante la vigencia de su póliza.

El descuento es aplicable a los servicios de gimnasio que brinda el proveedor según negociación.

Aplica para el asegurado y 3 personas adicionales a elección del asegurado.

Guía de uso:

Para obtener el beneficio el asegurado debe presentar el carnet del INS / carnet de la empresa.

3. PERÍODOS DE CARENCIA

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos de carencia donde a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, excepto en los casos de accidentes o emergencia, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los diagnósticos indicados en el cuadro adjunto. **Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia.**


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO-
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

Cobertura	Carencia
Enfermedades	30 días en Costa Rica y Centroamérica. 90 días resto del mundo
Maternidad	Para las aseguradas que estaban incluidas en la póliza antes del 01-06-2018 no aplica periodo de carencia. Para las aseguradas que se incluyan a partir del 01-06-2018 se aplicará un periodo de 10 meses consecutivos a partir de la fecha de inclusión en la póliza.
Catarata, glaucoma	10 meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma	10 meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	10 meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	10 meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	10 meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	10 meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	10 meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	10 meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	10 meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	10 meses consecutivos

Con relación a los periodos de carencia indicados en el cuadro de coberturas y beneficios y los determinados en el cuadro anterior; **si los gastos incurridos se relacionan con los órganos, enfermedades o procedimientos antes citados y estos sean considerados como congénitos y/o hereditarios, no serán cubiertos por este seguro.**

Asimismo, el Instituto brindará cobertura a los gastos médicos que se erogan por los padecimientos indicados, **siempre que los mismos se diagnostiquen luego de superado el período de carencia.**

En el caso de la persona que se excluya del contrato y se vuelva a incluir, los periodos de carencia aplicarían a partir de la nueva fecha de inclusión.

4. UTILIZACIÓN DEL SEGURO



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Los parámetros que aplican para el uso de este contrato se detallan en el Anexo Guía Utilización del Seguro.

5. REQUISITOS DE RECLAMOS

Cobertura de Gastos Médicos

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

5.1. Gastos Médicos:

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c) Comprobantes de pago en caso que se requieran.
- d) Prescripciones y recetas médicas.
- e) Resultados de los exámenes.
- f) El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

5.2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:

- a) El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales debidamente autorizadas por la Administración Tributaria (las fotocopias y/o reimpresiones no se consideran documentación válida).
- c) Prescripciones y recetas médicas.
- d) Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- e) Copia de la ficha odontológica completa.
- f) Radiografía posterior al tratamiento.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

6. CONDICIONES ESPECIALES QUE APLICAN PARA ESTE SEGURO

En relación a lo establecido en las Condiciones Generales y/o Anexos, para el correcto uso del seguro, se aclara lo siguiente:

El colegiado puede contar con más de un seguro médico con el INS, para lo cual aplica lo siguiente:

“Cuando existan otros seguros de gastos médicos concurrentes del Instituto, esta póliza opera, excepto en la cobertura de Muerte (si fue contratada para alguno de los seguros), en forma complementaria y contingente, en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto.”

- Aplicar la definición de Costo de servicios médicos de acuerdo al texto que a continuación se detalla:
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. Para el ámbito de cobertura regional, fuera de Costa Rica y Centroamérica se aplicarán los costos de servicios médicos de Costa Rica.
- Aplicar la definición de Deducible de acuerdo al texto que a continuación se detalla:
Deducible: Suma fija anual que debe asumir el Asegurado previo a recibir los beneficios otorgados por concepto de gastos indemnizables y objeto de reembolso por el Instituto. El deducible se rebaja de la indemnización y no es reembolsable. Se detalla en Condiciones Particulares.
- Para el adecuado uso del presente contrato, se incluye la siguiente definición:
Gastos incurridos: Son los costos de servicios médicos generados por el Asegurado para la atención de accidente, emergencia o enfermedad.
- Aplicar la definición de Gastos Indemnizables de acuerdo al texto que a continuación se detalla:
Gastos Indemnizables: Son los costos de servicios médicos cubiertos bajo esta póliza, los cuales están sujetos a la aplicación del deducible, copago y/o coaseguro.
- Aplicar la Cláusula Ámbito de Cobertura de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

Ámbito de Cobertura

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

Regional: El Instituto cubrirá los costos de servicios médicos, de los gastos indemnizables del 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 del Costa Rica.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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.

Esta opción está sujeta a lo establecido en la Cláusula Residencia Temporal.

- Aplicar la Cláusula Participación del Asegurado en los Gastos de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

Participación del Asegurado

(...)

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo de servicios médicos de los gastos indemnizables, 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, maternidad y terapias post covid.

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

(...)

- Aplicar la Cláusula Utilización del Seguro de acuerdo al texto que a continuación se detalla:

Utilización del Seguro

(...)

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos indemnizables, de conformidad con las condiciones y montos autorizados previamente informados. El Asegurado asume el costo del deducible anual, 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.

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

Utilización del seguro fuera de Costa Rica

(...)

Todos los gastos indemnizables 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 Costa Rica.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

7. ¿CUÁNDO TERMINA SU SEGURO?

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

- a. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable.
- b. 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.
- c. El Tomador del Seguro solicite la exclusión del Asegurado.
- d. Por declaraciones falsas o inexactas.
- e. 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.

8. 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 por 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**