



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Lugar y fecha de emisión  | Guadalupe,01/06/2012                               | N° de póliza                                | 01 16 ING 4 51   |
| Nombre del Tomador del Seguro   | COLEGIOS DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA      |   |  |
| Dirección del tomador   | SABANA SUR 75 ESTE DEL MAG SABANA SUR              |   |  |
| Teléfono  | 2232-3433  | Vigencia: Desde 01-06-2021 Hasta 01-06-2022 |  |
| Asegurados:   | Según se detalla en el punto I. de este documento. |   |  |
| El objeto asegurado y condiciones específicas del aseguramiento se detallan a continuación en este documento. |  |   |  |
| Prima   | ₡117,296,430.00                                    | 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. |
| Forma de pago   | Mensual.   | Moneda                                      | Modalidad  |
|   |  | Colones                                     | No Contributiva  |
| Medio para recibir notificaciones   |  |   |  |

### 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](mailto:contactenos@ins-cr.com),

Sugerencias o quejas: [cservicios@ins-cr.com](mailto: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 las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales puede accederlas en la dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com).



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### I. ASEGURADOS DE LA PÓLIZA

El grupo asegurable son los médicos incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica que se encuentran activos como colegiados.

### II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

De conformidad con lo acordado con el Tomador del Seguro, se detallan los requisitos de asegurabilidad que deberán aportar los Asegurados para la inclusión en esta póliza, para las coberturas de Gastos Médicos:

- i. Solicitud debidamente cumplimentada por el médico.
- ii. Completar la boleta de "Autorización para consulta de expediente".

### III. CUADRO DE 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.

**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.

|   |  |   |                    |
|---|--|---|--------------------|
| <b>Beneficio Máximo Anual por Asegurado</b>   | <b>Anual Renovable Total</b>   |   | <b>¢12.200.000</b> |
|   | a. Gastos Ambulatorios   |   | ¢1.200.000         |
|   | b. Gastos Hospitalarios  |   | ¢11.000.000        |
| <b>ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO CONTRATADO</b>  |  |   |                    |
| <b>Modalidad</b>  | Colectiva  |   |                    |
| <b>Ámbito de Cobertura</b>  | Costa Rica, no obstante, los gastos fuera de Costa Rica se cubrirán por reembolso según el costo de los servicios médicos de Costa Rica. |   |                    |
| <b>Deducible Anual por Persona</b>  | ¢200.000   |   |                    |
| <b>Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria</b>  |  |   |                    |
| <b>Costa Rica</b>   | Máximo por consulta General: ¢18.000   | Máximo por consulta Especialista: ¢30.000 |                    |
| <b>Deducible anual</b>  |  |   |                    |
| <b>Gastos Ambulatorios (Reembolso)</b>  |  |   |                    |
| <b>Maternidad</b>   |  |   |                    |
| No acumula deducible anual  |  |   |                    |
| <b>Medicamentos</b>   |  |   |                    |
| Atención Primaria: no acumula deducible anual   |  |   |                    |
| <b>Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%.<br/>Servicio de medicina virtual incluido, ver Anexo de Utilización del Seguro.</b> |  |   |                    |
| <b>Gastos Hospitalarios (Pago Directo o Reembolso)</b>  |  |   |                    |
| <b>Dentro de Red de Proveedores</b>   | <b>Fuera de Red Proveedores</b>  | <b>Maternidad</b>                         |                    |



### SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Debe acumular deducible anual  | Debe acumular deducible anual   | No acumula deducible anual   |   |
| <b>Coaseguro</b>   |   |  |   |
| 0% coaseguro Atención Médica Primaria  |   |  |   |
| 0% coaseguro Medicina Virtual  |   |  |   |
| 0% coaseguro Red de Servicios Salud del INS  |   |  |   |
| <b>Gastos ambulatorios (excepto consultas médicas)</b>   |   |  |   |
| <b>Dentro o fuera de la Red de Proveedores (excepto Ortopedia)</b>   |   | <b>Gastos médicos Ortopedia</b>  |   |
| 20% coaseguro  |   | Dentro de la Red de Servicios de Salud del Instituto<br>Pago Directo se cubren al 100%                       |   |
|  |   | <b>Fuera de la Red de Servicios de Salud del Instituto (Reembolso)</b><br>30% coaseguro                      |   |
| <b>Gastos hospitalarios</b>  |   |  |   |
| <b>Dentro o fuera de la Red de Proveedores (excepto Honorarios Profesionales)</b>  |   | <b>Honorarios Profesionales (médico cirujano, asistente, anestesiólogo y otros honorarios profesionales)</b> |   |
| 20% coaseguro  |   | 40% coaseguro  |   |
| <b>Para prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo se reconocerá el 50% del costo de servicios médicos, siempre y cuando sean medicamente necesarias.</b>  |   |  |   |
| <b>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.</b> |   |  |   |
| <b>Coberturas Básicas</b>  |   |  |   |
| <b>1.Cobertura A: Gastos Ambulatorios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)</b>  |   |  |   |
| Suma asegurada anual por persona   |   | <b>¢1.200.000</b>  |   |
| <b>Gastos Sublimitados</b>   | <b>Monto asegurado anual</b>  | <b>Coaseguro</b>   | <b>Período de carencia</b>  |
| 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 deducible el y  | 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 |


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
 CONDICIONES PARTICULARES**

| Ultrasonido: de mamas, ginecológico, abdomen general, próstata y tejidos blandos.  |  | aplicado el coaseguro correspondiente.                         | 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.  |
|--|--|--|--|
| 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. |  |  |  |
| <b>2.Cobertura B: Gastos Hospitalarios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)</b>   |  |  |  |
| Suma asegurada anual por persona   |  | <b>¢11.000.000</b>   |  |
| 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 |
| Resonancias magnéticas*.   |  |  |  |




**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -  
CONDICIONES PARTICULARES**

|   |   |   | Rica y<br>Centroamérica 60<br>días naturales fuera<br>de la región. |
|---|---|---|---|
| <b>*En caso de que se presenten estos rubros de forma ambulatoria se incluirán dentro de la cobertura de Gastos Hospitalarios.</b>  |   |   |   |
| <b>Gastos médicos sujetos a sublímites (Incluidos dentro de gastos ambulatorios y/o hospitalarios según corresponda)</b>  |   |   |   |
| <b>Una vez superado el deducible y aplicado el coaseguro correspondiente</b>  |   |   |   |
| <b>Procedimiento / Cobertura</b>  | <b>Monto máximo</b>   | <b>Periodo de carencia</b>  |   |
| <b>Maternidad (no aplica deducible ni coaseguro)</b> Incluye gastos pre y post natales, parto normal o cesárea, parto múltiple y complicaciones.                          | ¢1.400.000 por evento<br>(Embarazo)   | Para las aseguradas que estaban incluidas en la póliza antes del 01-06-2018 no aplica periodo de carencia.<br><br>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. |   |
| 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  | Según lo indicado en la Cláusula de Periodos de carencia.   |   |



### SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | ambulatorios u hospitalarios según corresponda.   |   |
| 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 $\phi$ 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 $\phi$ 1.000.000 (no aplica deducible)   | 30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región. |
| Terapias Post- Covid   | Máximo $\phi$ 500.000 (no aplica deducible ni coaseguro)  |   |
| 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 aplica a partir de 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.

#### IV. 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.



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

### V. PERIODOS DE GRACIA

Si el Tomador selecciona una forma de pago diferente de la anual, podrá gozar de un período de gracia de acuerdo a la siguiente tabla:

| Forma de Pago | Forma de Cálculo de la prima |
|---------------|------------------------------|
| Mensual       | 10 días hábiles              |
| Trimestral    | 10 días hábiles              |
| Semestral     | 10 días hábiles              |
| Anual         | 20 días hábiles              |

Para este contrato se define un periodo de tolerancia de 60 días naturales, a partir del primer día del mes a renovar para pagar dicho mes.

### VI. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

| Asegurado         | Edad de contratación    | Edad máxima de cobertura |
|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| Asegurado Directo | A partir de los 18 años | Sin límite               |

### VII. PERIODOS 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.**

| Cobertura           | Carencia  |
|---------------------|---|
| <b>Enfermedades</b> | 30 días en Costa Rica y Centroamérica.<br>90 días resto del mundo |



### SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

|   |   |
|---|---|
| <b>Maternidad</b>   | Para las aseguradas que estaban incluidas en la póliza antes del 01-06-2018 no aplica periodo de carencia.<br><br>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. |
| <b>Catarata, glaucoma</b>   | 10 meses consecutivos   |
| <b>Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma</b>                  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Enfermedades de la tiroides</b>  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Litiasis vesicular y/o de las vías biliares</b>  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones</b>  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Enfermedad de la próstata</b>  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios</b>   | 10 meses consecutivos   |
| <b>Hemorroides y fisura anal</b>  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia</b>                  | 10 meses consecutivos   |
| <b>Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite</b> | 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 eroguen por los padecimientos indicados, una vez que haya 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.

#### 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](http://medicinavirtual.ins-cr.com), donde podrá solicitar el servicio de medicina virtual en el que se le asignará un profesional de la salud para que le brinde la orientación médica respectiva, adicionalmente en aquellos casos donde sea posible efectuar un diagnóstico, prescribir tratamiento, referir exámenes médicos entre otros, el médico procederá a la prescripción de los mismos, además confeccionará un historial clínico.





## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

### IV. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS 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:



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

### 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 de que se requieran.
- d) Prescripciones y recetas médicas.
- e) Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- f) El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

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

Presentada esta documentación y encontrada conforme, se efectuará el pago de los beneficios; o bien, se comunicará por escrito la declinación del reclamo.

### 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.

## V. 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.



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

- 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.

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



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

## **VI. UTILIZACION DEL SEGURO**

Se anexa el documento Utilización del Seguro que detalla los procedimientos para tal fin.

## **VII. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES**

Conforme a lo indicado en la definición de Participación de Utilidades de las Condiciones Generales, al finalizar cada año póliza y en caso de que se generen utilidades en la administración de este seguro el Instituto podrá reconocer un porcentaje a la modalidad colectiva No Contributiva conforme al siguiente detalle:

- Este pago se realizará mediante: (pago en efectivo) o (rebajo en las primas del siguiente período).
- La liquidación se realizará al final del año póliza.
- Para establecer el monto a reconocer por concepto de participación de utilidades se realizará el siguiente cálculo:





## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Esta liquidación se calculará al final del año póliza respectivo, de la siguiente forma:

a. Del total de las primas anuales netas (primas pagadas menos devoluciones de prima) que se encuentren devengadas, se le restan los gastos operativos y las sumas pagadas por concepto de siniestros incurridos durante el año (pagados y pendientes de pago), el remanente si lo hubiere, será la utilidad a repartir”.

El cuadro aplicar es el siguiente:

| % de participación |
|--------------------|
| 10%                |

Dicho porcentaje se reconocerá en el año 2022, de acuerdo con el comportamiento que presente el negocio durante la vigencia 2021-2022.

b. En el caso que no se dieran utilidades, conforme lo indicado en el inciso a) anterior, las pérdidas del período serán aplicadas a la liquidación del siguiente período.

c. Si existiera un reclamo pagado o una devolución de primas, que no se contempla en el cálculo del período liquidado que le corresponde, el Instituto podrá incluirlo en la liquidación del periodo siguiente.

d. Si este beneficio de Participación de Utilidades se incluye posterior a la emisión del seguro, el mismo inicia su vigencia a partir de la siguiente renovación anual del contrato de seguro y se reconocerá al finalizar dicha renovación.

(+) Primas pagadas (primas brutas menos devoluciones sobre primas).

(-) Gastos Operativos.

(-) Siniestros incurridos durante el año póliza (pagados y pendientes).

(-) Arrastre de pérdidas de períodos anteriores.

(=) Utilidad a distribuir o pérdida a arrastrar (si el resultado es positivo, se entregará el porcentaje del monto según el esquema de participación).

### VIII. COMISION DE COBRO ADICIONAL

No aplica para este contrato

### IX. RENOVACIÓN BIANUAL

A partir del 01 de junio del 2019, la vigencia y futuras renovaciones del presente contrato se establece en dos años, bajo las siguientes condiciones:

El plazo de ejecución del presente contrato se establece del 01 de junio del 2021 al 01 de junio del 2023.



## SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Las condiciones de la póliza pactadas durante cada periodo de dos años se establecen de la siguiente forma: En el mes de marzo del primer año vigencia del plazo se realizará el estudio de siniestralidad acumulada (histórica, desde la emisión de la póliza) el cual no deberá ser mayor a un 75%. Para estos efectos se considerarán las primas y siniestros (pagados y pendientes) y la proyección de primas y siniestros del último período (pagados y pendientes) para cerrar el período completo. Adicionalmente, queda sujeto a que ninguna de las partes solicite cambios en el contrato.

En caso de que la siniestralidad no supere el 75%, el Instituto lo comunicará al Tomador del seguro y la vigencia de la póliza durante el segundo año continuará bajo las mismas condiciones pactadas para el primer año de vigencia hasta el 01 de junio del 2023.

En caso de que la siniestralidad supere el 75%, las partes deberán renegociar las condiciones de renovación para el período del 1 de junio del 2022 al 31 de mayo del 2023.

En caso de que no se pudiere llegar a un acuerdo, el contrato de póliza se rescindirá sin responsabilidad legal de ninguna naturaleza para el Tomador ni la Aseguradora.

### X. 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**.

### SEDE INS SAN JOSE