



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Lugar y fecha de emisión	SEDE GUADALUPE, 01/06/2018	N° de póliza	01 16 ING 0000005 00
Nombre del Tomador del Seguro	COLEGIOS DE MEDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA (PLAN VOLUNTARIO)		
Dirección del tomador	SABANA SUR 75 ESTE DEL MAG SABANA SUR		
Teléfono	2232-3433	Vigencia: Desde 01-06-2018 Hasta 01-06-2019	
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.			
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 (cargo automático de tarjeta)	Moneda	Modalidad
		Colones	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,

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 las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales puede accederlas en la dirección electrónica: 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 encuentren activos como colegiados y sus familiares dependientes.

Para optar por este seguro, el colegiado debe contar con la póliza básica obligatoria del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica que tiene con el INS.

Puede incluirse el colegiado, o bien los dependientes únicamente (Cónyuge/Conviviente o Hijos).

En los casos donde se incluyan como asegurados sólo los dependientes, el Colegiado debe figurar en la póliza como Asegurado Nominal.

Hijos mayores de 25 años podrán mantenerse en el seguro hasta los 30 años cumplidos, siempre que sean dependientes económicamente y se mantengan viviendo con los padres, para lo cual deberán pagar una prima adicional por cada hijo.

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 que deseen ser incluidos en esta póliza, para las coberturas de Gastos Médicos.

Para los asegurados mayores de 55 años, no se estarían solicitando pruebas médicas a menos que se requieran si declaran algún padecimiento en la solicitud de seguro. Esto sería únicamente durante el periodo de enrolamiento el cual se establece de 7 meses a partir de la emisión del contrato (01-06-2018). Posterior a esos siete meses, se solicitarán las pruebas correspondientes.

REQUISITOS GENERALES

- i. Solicitud debidamente cumplimentada por el cliente y dependiente mayor de edad.
- ii. Completar la boleta de "Autorización para consulta de expediente".
- iii. El Tomador del seguro debe cumplir con los requisitos establecidos en el "Manual para la aplicación de la política Conozca a su Cliente".
- iv. A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).
- v. Carta del asegurado autorizando al intermediario a trasegar información confidencial de su persona, con el Instituto, en caso de requerirse.

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES

Independientemente de la modalidad de aseguramiento (colectivo o individual)

EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 55 años	Solicitud de seguro


**SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO -
 CONDICIONES PARTICULARES**
REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES

De 56 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro y batería de exámenes (**)

(*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Examen médico, Uroanálisis, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción HDL), Triglicéridos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.

() Batería de exámenes mayores de 70 años: Examen médico, uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Transaminasas SGPT y SGOT, Gamaglutamil transpeptidasa, Bilirrubina total, Bilirrubina directa, Bilirrubina indirecta, Creatinina, Nitrógeno ureico, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción HDL), Triglicéridos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).**

Los exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.

En el caso de Residentes Permanentes, el solicitante debe presentar la copia de la cédula de residencia, sobre la cual el intermediario de seguros o funcionario de la Sede haga constar que tuvo a la vista el original del documento y da fe del mismo mediante su firma y nombre en este documento.

REQUISITOS PARA RESIDENTES TEMPORALES

- a. Deben presentar fotocopia de la cédula de residencia emitida por la Dirección General de Migración y Extranjería o DIMEX. Sin este documento no se autoriza el seguro.
- b. Además, deben demostrar su condición mediante:
 - i. Trabajador en Costa Rica: Debe aportar carta del patrono donde indique el período del contrato.
 - ii. Si el solicitante es su propio patrono, debe demostrar otro tipo de arraigo de los aquí señalados.
 - iii. Estudiante en Costa Rica: debe presentar carta del Centro Educativo donde se compruebe el período de matrícula, que conste que es estudiante regular y el plan de estudios que seguirá.
 - iv. Arraigo en Costa Rica: debe presentar una certificación de la CCSS que indique desde cuándo la persona está cotizando para esa entidad. Se aceptará como mínimo dos años de cotizaciones.
 - v. Que sea cónyuge o conviviente de un costarricense residente, (según lo definen los arts. 73 y 73 bis de la Ley de Migración y Extranjería), ambos con más de tres años de vivir en Costa Rica.
 - vi. Residentes temporales con póliza Gastos Médicos del INS:
 - Mínimo 1 año de contar con el seguro.
 - Siniestralidad promedio en los últimos tres años menor al 50%. Si la siniestralidad es igual o mayor al 50% no se le ofrece el seguro de INS Medical. (De este estudio siniestral se excluirán los embarazos, casos agudos y chequeos).

RESIDENTES TEMPORALES
EDAD DEL SOLICITANTE
REQUISITOS



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Hasta los 49 años	Solicitud de seguro
De 50 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro y batería de exámenes (**)
(*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Examen médico, Uroanálisis, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción HDL), Triglicéridos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.	
(**) Batería de exámenes mayores de 70 años: Examen médico, Uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Transaminasas SGPT y SGOT, Gamaglutamil transpeptidasa, Bilirrubina total, Bilirrubina directa, Bilirrubina indirecta, Creatinina, Nitrógeno ureico, Colesterol total, Colesterol de alta densidad (fracción HDL), Triglicéridos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).	
Nota: A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).	
Los exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.	
Nota: En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente.	
<u>Residente en el Exterior:</u>	
Colectivo: Es asegurable solamente en pólizas colectivas no contributivas donde la empresa cuenta con empleados extranjeros trabajando también en el exterior. En este caso las pruebas de asegurabilidad que se soliciten corren por cuenta del solicitante, así como el proceso de consularización de los mismos.	

III. RESIDENCIA TEMPORAL

En caso que el Asegurado Directo y sus dependientes estén fuera de Costa Rica por un tiempo mayor de seis (6) meses continuos, el Asegurado o el Tomador de seguro deberán comunicarlo al Instituto, quien evaluará la petición y resolverá de acuerdo con los parámetros que se detallan a continuación:

Los recargos a aplicar son los siguientes:

a. Póliza Familiar:

Se aplicará un recargo de un (25%) a la prima del grupo familiar, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina y el resto del mundo.
En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

b. Póliza Unipersonal:



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

Se aplicará un recargo del (100%) a la prima, si el Asegurado va a residir en U.S.A., Europa, Japón, Argentina y el resto del mundo.

En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

También aplica recargo bajo los siguientes casos:

1. La persona asegurada forme parte de un grupo asegurado, en el cual dicha persona haya sido transferida a residir en el extranjero, siempre y cuando el número total de personas transferidas residiendo en el extranjero no represente más de un cinco por ciento (5%) del total de dicho grupo asegurado.
2. Sea un (a) Asegurado(a) dependiente que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios.
3. Sea el/la Asegurado(a) Directo(a) que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios o se encuentre realizando labores propias de su trabajo.

IV. 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.

Beneficio Máximo Anual por Asegurado	Anual Renovable Total		¢11.000.000
	a. Gastos Ambulatorios		¢1.000.000
	b. Gastos Hospitalarios		¢10.000.000
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)			
Dentro de Red Preferente	Fuera de Red Preferente	Maternidad	
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumula deducible anual	
Gastos Hospitalarios (Pago Directo o reembolso)			


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

Dentro de Red de Proveedores	Fuera de Red Proveedores	Maternidad	
Debe acumular deducible anual	Debe acumular deducible anual	No acumula deducible anual	
Coaseguro			
Gastos ambulatorios (excepto consultas)			
Dentro de Red de Preferente (solo Costa Rica)		Fuera de la Red de Preferente	
25% coaseguro		30% coaseguro	
Gastos hospitalarios			
Dentro o fuera de la Red de Proveedores (excepto Honorarios Profesionales)		Honorarios Profesionales (médico cirujano, asistente, anesthesiólogo y otros honorarios profesionales)	
30% coaseguro		40% coaseguro	
<p>Para prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo se reconocerá el 50% del costo de servicios médicos, siempre y cuando sean medicamente necesarias.</p> <p>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.</p>			
Coberturas Básicas			
Cobertura A: Gastos Ambulatorios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)			
Suma asegurada anual por persona		¢1.000.000	
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 (incluidos dentro del sublímite de gastos ambulatorios)	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
Ultrasonido: de mamas, ginecológico, abdomen general, próstata y tejidos blandos.			


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

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.			que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Cobertura B: Gastos Hospitalarios (incluidos dentro del beneficio máximo anual por persona)			
Suma asegurada anual por persona		¢10.000.000	
Gastos Sublimitados	Monto asegurado anual	Coaseguro	Período de carencia
Tac: de cerebro, de columna vertebral y de abdomen.*	Máximo ¢1.000.000 (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	¢1.140.000 por evento. (Embarazo)	Hasta diez (10) meses consecutivos.	


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

y post natales, parto normal ó cesárea, parto múltiple y complicaciones		
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 ₡5.000.000 por evento, la suma por eventos no puede superar los ₡10.000.000 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.
Rehabilitación (Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria) y Terapias especiales (según se indica en 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
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

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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

V. PREEXISTENCIAS DECLARADAS:

Al momento de la suscripción, cada solicitante deberá cumplimentar la solicitud de inclusión en la cual declarará los padecimientos preexistentes. El selector de riesgos determinará si los padecimientos declarados son objeto de cobertura o no, para lo cual se podrán solicitar pruebas médicas o no médicas. Si son objeto de cobertura se aplicará el recargo por sub-normalidad que corresponda.

Adicionalmente para que sean cubiertas las enfermedades preexistentes declaradas, éstas no deben ser expresamente excluidas según se indica en el contrato o se encuentren 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 de colones (¢1.000.000) bajo la cobertura de Gastos Ambulatorios y Coberturas sujetas a sublímite en donde aplicará el monto máximo según corresponda.

Se establece un período de carencia para Preexistencias de dos años a partir de la fecha de inclusión del Asegurado al contrato.

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.

Enfermedades preexistentes no declaradas, no serán cubiertas.

En caso de que el asegurado decida que no se le dé cobertura de preexistencias, las mismas se incluirán como exclusiones en el contrato.

VI. 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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

VII. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Asegurado Directo	A partir de los 18 años	Sin límite o a la edad pactada
Cónyuge o conviviente	A partir de los 18 años	Sin límite o a la edad pactada
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Sin límite o a la edad pactada
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	Sin límite o a la edad pactada
Hijos, mayores de 25 años.	Siempre que sean dependientes económicamente y se mantengan viviendo con los padres, para lo cual deberán pagar una prima adicional por cada hijo.	Hasta los 30 años cumplidos.
Hijos, mayores de edad que no cumplan con lo indicado en el punto anterior.	Sólo si padecen una condición especial (de salud o mental) que justifique la dependencia económica.	Sin límite o a la edad pactada

Los familiares a incluir como dependientes del Asegurado Directo, deben mantener una dependencia económica con el Asegurado Directo.

VIII. PERIODOS DE CARENANCIA Y DISPUTABILIDAD

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos máximos 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
Enfermedades	30 días en Costa Rica y Centroamérica. 90 días resto del mundo
Maternidad	10 meses consecutivos
Trasplante de Órganos	24 meses consecutivos
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



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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 cual 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.

IX. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS

1. 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:

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, 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.



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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.

X. 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.”

Para optar por este seguro, el colegiado debe contar con la póliza básica obligatoria del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica que tiene con el INS.

Para este Seguro no se ofrece el Beneficio de Continuidad desde ningún otro seguro médico, sea o no del INS.

En caso de fallecimiento del agremiado (a), el seguro se cancelará para los dependientes asegurados a partir de la siguiente renovación.

- 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 del INS. Para el ámbito de cobertura internacional, se aplicarán los costos de servicios médicos de Costa Rica donde recibió la atención o servicio.
- Aplicar la definición de Deducible de acuerdo al texto que a continuación se detalla:



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

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:
 - a. 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 de 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 y maternidad.

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 copagos y/o coaseguros que correspondan hasta por la suma asegurada. Este reembolso aplicará únicamente en exceso del deducible anual escogido.

(...)



SEGURO MEDICO COLECTIVO DEL INS -TIPO - CONDICIONES PARTICULARES

- 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.

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.

XI. UTILIZACION DEL SEGURO

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

XII. 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 GUADALUPE