



ACUERDO DE ASEGURAMIENTO

El "INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS", cédula jurídica número 400000-1902-22 (denominado en adelante el "INSTITUTO"), emite la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Particulares y Generales que se indican a continuación, basándose en la declaraciones efectuadas por el solicitante (denominado en adelante "ASEGURADO DIRECTO"), en la solicitud de seguro, en los exámenes médicos y en el registro de siniestralidad de las pólizas anteriores si las hubiere, a la emisión de esta póliza.

Las Condiciones Particulares tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

Esta póliza terminará de conformidad con lo que se establece más adelante, cuando el "ASEGURADO DIRECTO" o el "CONTRATANTE" deje de pagar las primas dentro del período de gracia establecido o cuando en un aniversario de la misma, notifique por escrito al "INSTITUTO" su deseo de no continuar con el seguro o bien el "INSTITUTO" se exprese contrario a la renovación.

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas en cualquiera de las Sedes del "INSTITUTO".

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
Cédula Jurídica N° 400000-1902-22

GERENTE

SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES

BASES DEL CONTRATO

CLÁUSULA I. El “INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS” cédula jurídica número 4-000-001902-22 (denominado en adelante “INSTITUTO”) emite la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Particulares y Generales que se indican a continuación, basándose en las declaraciones efectuadas por el solicitante (denominado en adelante “ASEGURADO DIRECTO”) en la Solicitud del Seguro, en los exámenes médicos y en el registro de siniestralidad de las pólizas anteriores si las hubiere, a la emisión de esta póliza, conocido por el "INSTITUTO".

CLÁUSULA II. La Solicitud del Seguro, las Condiciones Particulares y Generales y sus eventuales addenda firmados por funcionarios autorizados del “INSTITUTO”, así como los anexos a este contrato, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

El “INSTITUTO” no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma. Si al emitirse el Seguro, el contenido de la póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el “ASEGURADO DIRECTO” podrá devolverla en un plazo no mayor de 15 días después de su recepción, solicitando la anulación de la misma; en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones y sus modificaciones.

ENTRADA EN VIGENCIA DEL CONTRATO

CLÁUSULA III. Es convenido que esta póliza entrará en vigor en el momento en que haya sido aceptado el riesgo y se pague la primera prima estipulada.

ÁMBITO DE COBERTURA

CLÁUSULA IV. 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 razonables y acostumbrados, incurridos por el asegurado en Costa Rica y el resto del mundo; como resultado de un accidente, emergencia médica o enfermedad producida durante el período de vigencia de este Seguro, y de acuerdo con las cláusulas siguientes.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA

CLÁUSULA V. La suma de todos los gastos pagados por el “INSTITUTO” durante el año póliza de cada persona asegurada, hasta menos de 70 años de edad no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo de US\$ 2.000.000 (DOS MILLONES DÓLARES ESTADOUNIDENSES). A partir de la siguiente renovación anual y una vez se hayan alcanzado los 70 años de edad, éste límite será reducido automáticamente a US\$ 600.000 (SEISCIENTOS MIL DÓLARES ESTADOUNIDENSES).

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

CLÁUSULA VI. Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza.

1) ACCIDENTE

Significa la lesión corporal traumática que pudiera ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el asegurado independientemente de su voluntad, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión y obstrucción; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; el carbunco o tétano de origen traumático y la rabia, asimismo, los accidentes producidos a los médicos, cirujanos y a otras personas aseguradas bajo esta póliza, quienes como principales o auxiliares, hacen profesión de la ciencia médica, veterinaria y sus anexos, cuando tales accidentes produjeran infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas producidas en la ejecución de operaciones quirúrgicas, en las disecciones y autopsias.

2) ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS

Es la figura del "INSTITUTO" que administra la Red de Proveedores, a nivel nacional y coordina a nivel internacional los servicios que se establecen en el documento póliza, cada vez que el asegurado lo requiera.

3) ASEGURADO O ASEGURADOS

Es el "ASEGURADO DIRECTO" y sus dependientes que están cubiertos bajo esta póliza, debidamente registrados en la misma.

4) BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

Es la cantidad máxima asegurada indemnizable bajo esta póliza con respecto a un asegurado, durante el año de la póliza, siempre que ésta se encuentre vigente.

5) COASEGURO

Es el porcentaje de los gastos cubiertos que le corresponde asumir al asegurado, después de aplicar el deducible correspondiente.

6) CONVIVIENTE

Persona del sexo opuesto al "ASEGURADO DIRECTO" con quien éste o ésta cohabita, sin que los una relación matrimonial alguna.

7) COSTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobra la mayoría de los proveedores por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que, residiendo en la misma área geográfica, presentan enfermedades o lesiones que por su naturaleza y severidad son consideradas similares.

8) DEDUCIBLE

Es el importe de los gastos cubiertos que debe asumir el asegurado, antes de la aplicación del coaseguro; lo anterior de acuerdo con la Cláusula XXVI, Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de este contrato.

9) DEPENDIENTES

Se consideran como dependientes asegurables a las siguientes personas:

- a) El cónyuge o, en su defecto, la persona que, viviendo en calidad de conviviente del “ASEGURADO DIRECTO” está reconocida como tal y que cuente con menos de 65 años de edad en la fecha de ingreso al seguro.
- b) Los hijos, los adoptivos, así como los hijastros del “ASEGURADO DIRECTO” siempre que sean solteros y que residan con el “ASEGURADO DIRECTO” en el mismo domicilio, que sean dependientes económicamente, estudiantes a tiempo completo y menores de 24 años de edad en la fecha de ingreso al Seguro.

10) DONADOR

Persona que suministra un órgano o parte del mismo para trasplante.

11) EDAD

Es la edad al más próximo cumpleaños.

12) ENFERMEDAD

Cualquier **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.

13) ENFERMEDAD CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA

Significa cualquier enfermedad o 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.

14) ENFERMEDAD EPIDÉMICA

Es cualquier enfermedad, aguda o crónica, producida por agentes biológicos o no biológicos, que según los epidemiológicos tienen un grado grave o fatal de patogenicidad, virulencia o letalidad, que pueda propagarse con rapidez o que presente un crecimiento acelerado y considerado anormal en el número de casos que se presentan en un país o región o que haya sido catalogada como tal por los organismos de salud oficiales internacionales o de un país o región facultados para este efecto, debido a su impacto o implicaciones en la salud pública.

15) ENFERMEDADES GRAVES

Son aquellas que, si no son tratadas en las siguientes 24 horas de su diagnóstico, ponen en peligro de muerte al paciente.

16) EMERGENCIA

Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las 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.

Solamente serán considerados bajo este concepto, aquellos gastos por servicios médicos prestados en las primeras 24 horas en sala de emergencia, siempre y cuando la enfermedad que origina el estado de emergencia, no sea una enfermedad preexistente, ni se encuentre en período de carencia.

17) ESTERILIDAD

Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.

18) GASTOS AMBULATORIOS

Son todos aquellos gastos por atención médica que recibe un asegurado, siempre y cuando no esté registrado como un paciente de cama, en un hospital o clínica o que permanezca en el centro hospitalario menos de 24 horas.

19) HOSPITAL O CLÍNICA

Todo establecimiento médico asistencial con capacidad y autorización legal para el internamiento de pacientes de: medicina, procedimientos médico quirúrgicos, gineco-obstetricia o pediatría. En adelante se denominará a éstos por Hospital.

20) 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.

21) INFERTILIDAD

Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad en que pueda vivir fuera del útero (22 semanas).

22) PACIENTE RECEPTOR

Es el asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.

23) PRE-EXISTENCIA

Se entiende como pre-existente, aquella condición (estado, enfermedad o padecimiento) por la cual un asegurado ha recibido consulta, tratamiento médico, servicios, chequeos, controles y/o medicamentos prescritos por un médico, durante los 24 meses anteriores a la entrada en vigencia del Contrato.

24) PREMATUREZ

Es el niño nacido con menos de 37 semanas de gestación, independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento.

25) PROVEEDOR AFILIADO

Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos a recibir la tarjeta de identificación del asegurado, para otorgar los bienes o servicios de salud.

26) RENOVACIÓN

Suscripción automática del siguiente año de seguro, mediante el pago de la prima correspondiente, aceptando las condiciones otorgadas para la renovación.

27) 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.

28) 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.

29) 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:

- a) El tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio está en cualquier prueba clínica o en la fase I, II ó III, 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).
- b) El tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio 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).
- c) Los resultados no están probados a través de pruebas clínicas, ni sus resultados han sido publicados en revistas médicas de prestigio, en inglés, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.
- d) El tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio no es generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el asegurado o no es generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, en inglés, consultas con médicos, compendio médico autoritario, AMA (Asociación Médica Americana), u otra organización profesional pertinente o agencia gubernamental.
- e) El tratamiento, droga o combinación de drogas, dispositivo, procedimiento, equipo o servicio está descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en cualquier 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.

PERSONAS ASEGURADAS

CLÁUSULA VII. Esta póliza cubre al “ASEGURADO DIRECTO”, así como a su cónyuge o conviviente por el que se pague de previo la prima correspondiente, sin límite de edad, entendiéndose que a partir de los 70 años de edad la protección estará sujeta a la reducción del Beneficio Máximo Anual por persona, según se indica en la Cláusula V de esta póliza. Los hijos podrán estar asegurados como dependientes a partir del día 31 de su nacimiento y hasta que cumplan los 25 años de edad. No obstante, si dicha edad se cumple antes del vencimiento anual del seguro, se mantendrán cubiertos hasta la próxima renovación anual, previo pago de la prima correspondiente; pudiendo continuar asegurados bajo una póliza individual, manteniendo la continuidad de su Seguro con los mismos beneficios. Para otorgar dicho beneficio, el hijo debe haber estado asegurado como dependiente en forma ininterrumpida por un período de dos años antes de pasar a ser "ASEGURADO DIRECTO", presentar la solicitud de traslado dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de terminación de su cobertura y pagando la prima correspondiente al rango de edad.

El hijo cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, podrá ser incluido en el Seguro desde el primer día de nacido, siempre que se presente la Solicitud del Seguro dentro de los 30 días de su nacimiento. En estos casos no se aplicará el período de carencia. Se exceptúa de esta condición a aquellos niños nacidos como resultado de un tratamiento de infertilidad, para quienes se deberá presentar la solicitud del seguro y seguir con el procedimiento habitual de aseguramiento.

Se debe presentar una constancia de nacimiento dentro de los tres meses siguientes a la fecha del nacimiento.

RESIDENCIA

CLÁUSULA VIII. 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 cambie de país de residencia o se estableciera por un tiempo mayor de 6 meses en otro país, deberá comunicarlo al “INSTITUTO”, quien evaluará la petición y aplicará el recargo que corresponda, de lo contrario, la póliza quedará automáticamente resuelta, procediéndose a la devolución de la prima que correspondiera.

Lo anterior también aplica para los siguientes casos:

1. Ella / él 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 5% del total de dicho grupo asegurado.
2. Ella / él sea un dependiente asegurada (o) (bajo la definición de dependiente de la póliza original) que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios superiores en una institución debidamente autorizada.

3. Ella /él sea la/el “ASEGURADA(O) DIRECTA (O)” que esté residiendo en el extranjero mientras realiza estudios en una institución, debidamente autorizada, o se encuentre realizando labores propias de su trabajo.

PAGO DE PRIMAS

CLÁUSULA IX. Este contrato se basa en el pago anticipado de la prima anual. Sin embargo, ésta puede ser cubierta en forma fraccionada según los tipos de pago que tenga a disposición el “INSTITUTO”, siempre anticipadamente y de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión o renovación de este contrato. La forma de pago puede ser variada al vencimiento anual de la póliza. No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que conste en el recibo oficial expedido por el “INSTITUTO”. El pago de la prima mantiene en vigencia este contrato hasta la fecha en que debe cancelarse la siguiente prima. La omisión en el pago de una prima antes o en la fecha en que vence, constituye falta de pago.

El “INSTITUTO” otorgará el período de gracia estipulado en la Cláusula XI Período de Gracia; no obstante, la cobertura de este contrato durante dicho período, quedará sujeta al pago de la prima correspondiente.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

CLÁUSULA X. Esta póliza tiene vigencia anual y su renovación en cada aniversario está garantizada durante la vida del “ASEGURADO DIRECTO”, según lo indicado en la Cláusula VII Personas Aseguradas, excepto por falta de pago de primas, por declaración falsa y/o inexacta, según se indica en la Cláusula XXXII Declaración Falsa y/o Inexacta. La renovación de la póliza estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada aniversario. La edad en cada renovación determinará el rango para el cálculo de la prima.

El “INSTITUTO” podrá cambiar las primas de esta póliza, en cada fecha de renovación cuando la experiencia siniestral del plan de seguro lo requieran, según se demuestre en la respectiva fundamentación actuarial.

PERÍODO DE GRACIA

CLÁUSULA XI. La mora en el pago de la prima, según la forma de pago, será causal de resolución automática del contrato de Seguro.

No obstante, el “INSTITUTO” brindará el siguiente período de gracia para el pago de la prima, de acuerdo con la forma de pago escogida por el asegurado:

Trimestral	5 días hábiles
Semestral	10 días hábiles
Anual	20 días hábiles

Vencido dicho plazo sin que se haya pagado la prima respectiva, el contrato quedará resuelto en forma automática, a menos que el “INSTITUTO” haya otorgado al “ASEGURADO DIRECTO”

un plazo adicional, en cuyo caso la resolución automática se producirá vencido dicho plazo, sin que el “ASEGURADO DIRECTO” haya abonado la prima respectiva. El asegurado deberá solicitar el plazo adicional por lo menos quince días naturales antes del día de vencimiento de la póliza.

MODIFICACIONES EN EL CONTRATO

CLÁUSULA XII. Sólo la Gerencia del “INSTITUTO” o las dependencias encargadas de la administración de este contrato, podrán suscribir modificaciones o renunciaciones, a las condiciones de este contrato vía Addendum. El “INSTITUTO” no se responsabiliza por promesas y declaraciones hechas por otras personas o entes no autorizados por dichas Dependencias.

El asegurado podrá cambiar el plan de Seguro y la forma de pago a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un mes de antelación al "INSTITUTO" y sujeto a pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

CLÁUSULA XIII

El INSTITUTO quedará liberado de sus obligaciones contractuales, cuando:

1. No se pague la prima en la forma correspondiente.
2. Se compruebe que el asegurado actuando de mala fe ha declarado el riesgo de forma falsa o inexacta, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo el contrato no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones. Cuando esta situación sea alegada por el INSTITUTO, éste podrá retener las primas no devengadas. Además de las consecuencias que se generen respecto a la amparabilidad del reclamo específico, las obligaciones del INSTITUTO cesarán a partir del momento en que se notifique al asegurado.
3. Se compruebe el uso indebido de la tarjeta de identificación. Cuando esta situación sea alegada por el INSTITUTO, éste podrá retener las primas no devengadas. Además de las consecuencias que se generen respecto a la amparabilidad del reclamo específico, las obligaciones del INSTITUTO cesarán a partir del momento en que se notifique al asegurado.

En todos los casos, el asegurado mantendrá sus derechos respecto a cualquier gasto amparado e incurrido anterior a la fecha de cancelación.

RESCISIÓN DEL CONTRATO

CLÁUSULA XIV. En caso de rescisión del contrato a solicitud expresa del “ASEGURADO DIRECTO” o del Contratante, el “INSTITUTO” retendrá la prima pagada, de acuerdo con la tabla siguiente:

MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA	MESES DE SEGURO	PROPORCIÓN DE LA PRIMA
1	25%	6	80%
2	40%	7	85%
3	55%	8	90%
4	65%	9	95%
5	75%	10	100%

Cualquier fracción de mes se calculará como mes completo.

Con una anticipación de 15 días naturales, el “ASEGURADO DIRECTO” podrá solicitar la rescisión de la póliza mediante una carta dirigida al “INSTITUTO”.

Cuando existan reclamos se retendrá el 100% de la prima pagada. El asegurado mantendrá sus derechos respecto a cualquier gasto amparado e incurrido a la fecha de cancelación.

GASTOS CUBIERTOS

CLÁUSULA XV. Esta póliza cubre los costos habituales, razonables y acostumbrados, para el lugar o país donde se efectúe el tratamiento, siempre que sean necesarios por una enfermedad o accidente, cubierto por la póliza sea como hospitalización o en forma ambulatoria, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual por persona. También están incluidas bajo este límite, las coberturas especiales y las sujetas a sub-límite, según las especificaciones que se indican para cada una de ellas.

El “ASEGURADO DIRECTO” y/o sus dependientes asegurados podrán hacer uso de la Red de Proveedores, para los casos de hospitalización y tratamientos ambulatorios, amparados por este contrato.

Cuando el asegurado requiera de los servicios de un hospital y/o médico no afiliado a la Red de Proveedores y deba efectuar el pago de los gastos directamente, éstos serán reembolsados con base en lo razonable y acostumbrado.

1. GASTOS HOSPITALARIOS:

- a) Habitación individual, normal o bipsersonal.
- b) Sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos.
- c) Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados.
- d) Medicamentos.
- e) Electrocardiograma, metabolismo basal y cualquier otro examen o estudio especializado requerido.

- f) Tratamiento de fisioterapia con un máximo de 10 sesiones por evento, excepto en los casos donde exista pre-autorización médica.
- g) Honorarios médicos por intervención quirúrgica, por tratamiento o visita hospitalaria, ayudante o administración de anestesia, según costos razonables y acostumbrados.
- h) Servicios y equipos requeridos para trasplante de órganos humanos.
- i) Otros servicios y tratamientos médicamente relacionados y necesarios que hayan sido ordenados por el médico del asegurado para el tratamiento de su enfermedad o condición.

2. GASTOS AMBULATORIOS (SIN HOSPITALIZACIÓN):

- a) Honorarios médicos por tratamiento en consultorio.
- b) Medicinas, exámenes de laboratorio, radiografías, electroencefalogramas, electrocardiogramas y otras pruebas o exámenes especiales que el médico considere necesarios.
- c) Cirugías ambulatorias.
- d) Alquiler de equipo.
- e) Uso de sala de operaciones.
- f) Tratamiento de fisioterapia con un máximo de 10 sesiones por evento, excepto en los casos donde exista pre-autorización médica.
- g) Otros servicios y tratamientos médicamente relacionados y necesarios que hayan sido ordenados por el médico del asegurado para el tratamiento de su enfermedad o condición.

COBERTURAS SUJETAS A SUB-LÍMITES

CLÁUSULA XVI.

1. MATERNIDAD

Este beneficio no podrá ser utilizado por ningún concepto durante los primeros diez meses de vigencia del Seguro, por lo tanto, todos los gastos efectuados durante este período, no serán cubiertos. Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas, cubriéndoles los gastos pre y post-natales, aborto y/o amenaza de aborto y cualquier clase de parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta los límites especificados en los incisos a, b y c siguientes.

Para efectos de los gastos presentados bajo esta cobertura, se indemnizará conforme a lo estipulado en cada punto:

- a) Parto normal, aborto o amenaza de aborto (monto máximo por embarazo) US\$3.000.
- b) Complicaciones durante el embarazo (monto máximo por embarazo) US\$ 1.500.

Se cubrirán como complicaciones de embarazo, aquellas que se enmarquen dentro de las siguientes situaciones:

- i)** Hiperemesis gravídica (achaque) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
- ii)** Óbito fetal (muerte fetal).
- iii)** Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las 27 semanas.
- iv)** Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
- v)** Embarazo extrauterino (fuera del útero).
- vi)** Eclampsia.
- vii)** Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
- viii)** Placenta previa.
- ix)** Embarazo molar.
- x)** Ruptura uterina.

c) Cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto máximo por embarazo) US\$ 4.000.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

2. TRASPLANTES

Esta cobertura está sujeta a las condiciones siguientes:

- a) Se otorgará luego de un período de carencia de 24 meses, sujeto a lo establecido en la Cláusula XXIII Períodos de Carencia, dicho período no aplicará si el trasplante es necesario producto de un accidente cubierto por la póliza.
- b) El límite del beneficio para esta cobertura es de US\$ 250.000,00 anuales, por gastos ambulatorios u hospitalarios e incluye todos los gastos médicos por servicios prestados al donador, aplicando el deducible y coaseguro correspondientes. Este beneficio se limita al monto máximo estipulado por diagnóstico y curso del tratamiento.
- c) Los órganos cubiertos para el beneficio del trasplante son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado.
- d) Las limitaciones y exclusiones, adicionales a las mencionadas en las Cláusulas XXIV y XXV Riesgos y Gastos Excluidos de este contrato, aplicables para esta cobertura, por las que no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, son:
 - i)** Como resultado de o relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el “INSTITUTO”.
 - ii)** Las consideradas como experimentales o investigativas.
 - iii)** Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

3. PRÓTESIS QUIRÚRGICAS:

Este seguro cubre por año póliza hasta US\$ 10.000,00 del valor de las prótesis que sean requeridas para cirugía, siempre que sean quirúrgicamente necesarias. No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

4. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL RECIÉN NACIDO

Están cubiertas bajo esta póliza, las enfermedades congénitas, conforme la definición que se incluye en este contrato, de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por este seguro, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como asegurado en el plazo establecido en la Cláusula VII Personas Aseguradas. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta un límite de US\$ 50.000,00 anuales.

En los casos en los que el niño no se incluya dentro del seguro, en el período establecido en la Cláusula VII Personas Aseguradas, las enfermedades congénitas, se considerarán preexistentes y llevará el proceso de selección de riesgos normal.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

5. PREMATUREZ

Están cubiertos bajo esta póliza los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del asegurado, cuyo nacimiento fue cubierto por este seguro, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como asegurado en el plazo establecido en la Cláusula VII Personas Aseguradas. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta un límite de US\$ 100.000,00 anuales.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

6. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS

Están cubiertas las enfermedades epidémicas y/o contagiosas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso, hasta el límite de US\$ 10.000,00 anuales.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

7. PRÁCTICA RECREATIVA DE BUCEO Y FÚTBOL

Están cubiertos bajo esta póliza, los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica recreativa de Buceo y Fútbol específicamente, hasta el límite máximo de US\$10.000,00 anuales por cada uno.

No se cubren los accidentes y las lesiones producidas cuando estos deportes se practiquen en forma profesional y/o remunerada.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

8. AMBULANCIA AÉREA HASTA US\$25.000,00.

Previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos y del médico tratante, en caso de producirse una enfermedad grave y aguda o una lesión grave cubierta por este seguro y el tratamiento no pueda ser efectuado en el país donde el asegurado esté hospitalizado y siempre que la condición médica del paciente no le permita viajar en una línea aérea regular de pasajeros, el “INSTITUTO” hará las coordinaciones correspondientes para el transporte aéreo en un avión particular, debidamente acondicionado con el personal y equipo médico adecuado.

Queda incluido bajo esta cobertura, sin que exceda el límite de la misma, los gastos del viaje equivalente al precio de un pasaje en avión en clase económica, para el asegurado y una persona acompañante, al domicilio del asegurado. Dicho viaje de regreso deberá efectuarse, a más tardar, noventa días naturales después de concluido el tratamiento.

COBERTURAS ESPECIALES

CLÁUSULA XVII.

1. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.

Este seguro ampara los gastos cubiertos, incurridos por atenciones en Costa Rica y el resto del mundo a causa de enfermedades oncológicas.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

2. GASTOS AMBULATORIOS POR ACCIDENTES.

Los gastos ambulatorios por este concepto, incurridos durante las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro. En el caso que a consecuencia del accidente se requiera hospitalización, esta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato.

3. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

Este seguro cubre los gastos incurridos dentro o fuera del territorio de Costa Rica, por el tratamiento de un accidente o enfermedad laboral, o por cualquier complicación o condición resultante del accidente o enfermedad, que no hayan sido reclamados bajo el Régimen de Riesgos

del Trabajo o cualquier ley de compensación laboral, o ley de enfermedades ocupacionales, o cualquier otra ley o reglamento similar que esté vigente en el país donde se produjo el accidente o enfermedad laboral, independientemente de que los beneficios pagaderos por concepto de tal compensación laboral fueran solicitados o no por el asegurado, o fueran aplicados a cubrir cualquier deducible, o considerados como un exceso sobre el límite de beneficios pagaderos.

Si el total de beneficios reclamados bajo el plan de compensación laboral es inferior al 100% de los gastos incurridos por el asegurado por concepto del accidente o enfermedad laboral, este seguro cubrirá los gastos, o la porción de los mismos, que no hayan sido cubiertos, aplicando el deducible y coaseguro correspondiente.

Los beneficios pagaderos por accidentes o enfermedades estarán sujetos a todos los límites, condiciones y exclusiones de la póliza.

Para esta cobertura se aplicará el deducible y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula XXVI Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios.

4. TRANSPORTE POR EVACUACIÓN.

Cubre el 100% de los costos razonables y acostumbrados, por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y el resto del mundo, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, previa certificación médica, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso.

5. COBERTURA ESPECIAL DE ASISTENCIA AL VIAJERO

Este contrato contiene en el Anexo No. 1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte del mismo.

COBERTURA ESPECIAL DE EMERGENCIAS DURANTE VIAJES EN EL EXTRANJERO

CLÁUSULA XVIII.

1. Todos los beneficios de esta cobertura, serán otorgados como parte del Beneficio Máximo Anual por Persona contratado de US\$2.000.000, según se indica en la Cláusula V de esta póliza y serán proporcionados única y exclusivamente por el “INSTITUTO” y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso, salvo los gastos que se encuentren cubiertos bajo las condiciones normales del seguro médico y hayan sido comunicados al “INSTITUTO” o al Administrador de Servicios Médicos, previo a la atención médica o durante las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrir la Emergencia Médica.
2. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a todo el mundo (excepto Costa Rica). Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula VI Términos y Definiciones de esta póliza
3. Las coberturas que se otorgan son:

a) ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

El “INSTITUTO” asumirá el 100% de los gastos por servicios médicos, que se produzcan como consecuencia de una emergencia o accidente, entendiéndose como tal, la atención brindada por un médico u hospital durante las primeras 24 horas en sala de emergencia, contadas desde el momento en que dicho evento de emergencia ocurrió.

Transcurridas las 24 horas, ya sea en sala de emergencias o fuera de ella, los gastos incurridos serán tratados bajo los beneficios de hospitalización o ambulatorio, según el caso.

b) EVACUACIÓN Y/O REPATRIACIÓN POR RAZONES MÉDICAS

Este beneficio se otorgará en el caso de presentarse una emergencia y determinarse que médicamente es necesario que el asegurado sea evacuado y/o repatriado al hospital o centro de atención más cercano o especializado que pueda tratar las dolencias del asegurado.

Para estos casos, el “INSTITUTO” y/o sus representantes en el extranjero, facilitarán una ambulancia terrestre o aérea o un vuelo en una aerolínea común, por la ruta más directa y adecuada.

Todas las decisiones relacionadas con la necesidad médica de evacuación y/o repatriación, los medios y momentos de éstos, así como el equipo médico y el personal médico a ser utilizado y el destino final, son decisiones médicas que serán tomadas por médicos designados por el Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en factores médicos y sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

c) REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de que un asegurado fallezca, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, mientras se encuentra de viaje en el extranjero, el “INSTITUTO”, por intermedio de su representante en el extranjero, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta un límite de US\$ 5.000,00 por todo concepto.

d) PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN EL EXTRANJERO POR LESIÓN O ENFERMEDAD

Cuando por lesión o enfermedad cubierta por la póliza y por prescripción médica dispuesta por el médico que lo atiende, el asegurado requiera prolongar su estancia en el extranjero para su atención médica, se cubrirán los gastos del hotel hasta US\$ 75,00 por día, con un máximo de 10 días, es decir, US\$ 750,00.

COBERTURA EN EL EXTRANJERO

CLÁUSULA XIX. Los gastos ocasionados por atenciones médicas en el extranjero, forman parte del beneficio máximo por año y serán cubiertos de acuerdo con las condiciones siguientes:

1. HOSPITALIZACIÓN

a) Los casos de hospitalización que no sean considerados como emergencias deberán ser previamente comunicados al “INSTITUTO” con una anticipación de cinco días hábiles si el

asegurado se encuentra en Costa Rica o al Administrador de Servicios Médicos si se encuentra fuera del país.

Todas las hospitalizaciones se coordinarán con el “INSTITUTO” o el Administrador de Servicios Médicos, con la finalidad de utilizar un hospital o clínica que pertenezca a la Red de Proveedores y sea el más conveniente en sus costos, siempre que otorgue las mismas garantías y calidad en el servicio médico.

- b) En caso de una hospitalización de emergencia, se deberá dar aviso al “INSTITUTO” o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las 48 horas inmediatas a la admisión, aunque el asegurado haya sido dado de alta.

Los casos de incumplimiento con dar aviso al “INSTITUTO” dentro de los plazos indicados en los incisos a y b anteriores, impedirán que el “INSTITUTO” asuma el pago de los gastos cubiertos directamente al hospital o clínica, debiendo el asegurado, pagar todos los gastos y presentarlos para su reembolso, de acuerdo con las condiciones de la póliza. En este caso se considerarán para los efectos de la liquidación del reclamo los costos normales, razonables y acostumbrados, para el área o país donde se efectúa el tratamiento.

2. ATENCIÓN AMBULATORIA

- a) Los casos de atención ambulatoria bajo el sistema de la Red de Proveedores, deberán ser coordinados y autorizados por el “INSTITUTO” y/o el Administrador de Servicios Médicos en el extranjero, debiendo estar aprobados con anticipación.
- b) Los casos de atención ambulatoria por reembolso serán pagados de acuerdo con las condiciones de la póliza.

CHEQUEO OFTALMOLÓGICO

CLÁUSULA XX. Están cubiertos una vez al año, los gastos por medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular, al 100%, siempre que se realicen en las clínicas y centros afiliados; caso contrario el “INSTITUTO” no los cubrirá.

CHEQUEO GENERAL

CLÁUSULA XXI. Para cada asegurado se otorga un beneficio de chequeo general, a partir de la primera renovación anual del seguro. Este beneficio se otorga únicamente previa coordinación con el “INSTITUTO” y exclusivamente a través de la Red de Proveedores. Se reconocerá hasta un máximo de US\$150,00 anual por asegurado.

COBERTURAS POR FALLECIMIENTO

CLÁUSULA XXII.

1. BENEFICIO DE MUERTE POR PERSONA ASEGURADA

Este beneficio indemniza la suma de US\$ 5.000,00 por muerte de cualesquiera de los asegurados por este contrato, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones estipuladas en él. No obstante, si la forma de pago de la prima no fuera anual, se deducirá de este monto lo que corresponde a la prima pendiente de pago.

2. SEPELIO

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta el límite de US\$ 5.000,00, siempre que el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación se deben presentar las facturas originales correspondientes.

3. LIBERACIÓN DEL PAGO DEL SEGURO POR FALLECIMIENTO DEL "ASEGURADO DIRECTO"

En caso de fallecimiento del "ASEGURADO DIRECTO", el "INSTITUTO" otorgará cobertura a los dependientes asegurados bajo la misma póliza por un período máximo de doce meses de seguro, sin el pago de la prima, contados desde la próxima fecha de vencimiento anual de la póliza. Este beneficio se ofrece siempre que la muerte sea causada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

Se mantendrán asegurados los dependientes inscritos bajo la misma Póliza en que se encontraba asegurado el fallecido.

PERÍODOS DE CARENCIA

CLÁUSULA XXIII. Se establece un período de carencia de 30 días naturales en Costa Rica y Centro América posteriores a la entrada en vigencia del seguro, el cual se amplía a 30 días naturales más para atenciones en el resto del mundo, durante los cuales no se podrá hacer uso del mismo, excepto en los casos de accidentes o emergencia, tal como se define en la Cláusula VI Términos y Definiciones.

Se establecen diferentes períodos de carencia para recibir los beneficios de las condiciones, tratamientos o cirugías, que se detallan a continuación:

1. Para toda condición de maternidad o embarazo, el período de carencia es de 10 meses consecutivos, contados a partir de la entrada en vigencia del contrato, durante el cual los gastos incurridos no serán considerados como gastos cubiertos bajo esta póliza.
2. En relación con un trasplante, el período de carencia es de 24 meses, contados a partir de la entrada en vigencia del contrato, durante el cual los gastos incurridos por concepto de trasplante, no serán considerados como gastos cubiertos. Se exceptúa de esta condición, el trasplante que sea necesario como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. En el

caso de ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones, no se otorgará la cobertura de trasplante:

- a) Si el diagnóstico de trasplante fue realizado por primera vez, durante el período de 60 días consecutivos, contados a partir de la entrada en vigencia del contrato.
 - b) Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.
3. Un período de carencia de 10 meses consecutivos contados a partir de la entrada en vigencia del contrato, en relación con tratamiento, servicios, cirugía o suministros proporcionados que se relacionen con los siguientes órganos, enfermedades o procedimientos:
- a) Catarata, glaucoma.
 - b) Extracción de amígdalas o adenoides, resección de cornetes, septumplastía, sinusitis.
 - c) Enfermedades de la tiroides.
 - d) Litiasis vesicular y/o de las vías biliares.
 - e) Litiasis del sistema urinario, y/ o sus complicaciones
 - f) Enfermedades de la próstata
 - g) Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios.
 - h) Hemorroides y fisura anal.
 - i) Hernias
 - j) Artroscopía
 - k) Asma

No obstante, cuando los gastos incurridos se relacionan con los órganos, enfermedades o procedimientos antes citados y estos sean considerados como congénitas y/o hereditarias, o preexistentes, no serán cubiertos por este seguro.

RIESGOS EXCLUIDOS

CLÁUSULA XXIV. Este seguro no cubre los riesgos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

1. Accidentes provocados intencionalmente por el asegurado.
2. Accidentes provocados por el asegurado, con o sin intención, cuando este último se encuentre bajo cualquier efecto del alcohol, drogas o estupefacientes, no prescritos por un médico u odontólogo.
3. Accidentes ocurridos mientras el asegurado se encuentre conduciendo vehículos sin la licencia correspondiente.
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves.
5. El accidente o enfermedad sufrido por el asegurado a consecuencia de la comisión o tentativa de comisión de un delito doloso.
6. Deportes profesionales y deportes de alto riesgo que se practiquen en forma profesional y/o remunerada como por ejemplo, rafting, uso de vehículos acuáticos sin motor, canopy, bungee jumping, sky walk o sky trek, snorkeling, pesca, rapel, escalar montañas, parapente, paracaidismo, alpinismo, toreo, boxeo, alas delta, vuelo libre, carrera de caballos, cacería mayor, automovilismo, motociclismo, pero no limitados exclusivamente a los citados en este epígrafe.

7. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, terrorismo químico, bioterrorismo, insurrección, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar de cualquier clase, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el asegurado esté directa o indirectamente participando.

GASTOS EXCLUIDOS

CLÁUSULA XXV. Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de:

- 1) Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo.
- 2) Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cláusula XVI Coberturas sujetas a Sub límites, inciso 4) del Contrato.
- 3) Controles médicos, excepto lo indicado en las Cláusulas XX y XXI Chequeo Oftalmológico y Chequeo General.
- 4) Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.
- 5) Tratamientos experimentales.
- 6) Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos o hereditarios, a excepción de lo indicado en la cobertura de enfermedades congénitas del recién nacido, Cláusula XVI Coberturas Sujetas a Sub-límites, inciso 4), y hasta el límite establecido para esa cobertura.
- 7) Trastornos, enfermedades o deficiencias mentales y/o emocionales y/o curas por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.
- 8) Gastos por tratamientos de sobrepeso, bajo peso y obesidad, y sus consecuencias directas, excepto las enfermedades en las cuales éstos actúan únicamente como factor contribuyente.
- 9) Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.
- 10) Tratamientos por la prevención y curación por alcoholismo o drogadicción; así como sus efectos secundarios.
- 11) Enfermedades que se originen a consecuencia del consumo de alcohol.
- 12) Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), anticonceptivos, vitaminas, vacunas, inmunopoyéticos (medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico) y suplementos alimenticios de cualquier tipo.
- 13) Cualquier tipo de cirugía estética, plástica o de embellecimiento. Cualquier tipo de mamoplastía, se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir cualquier enfermedad o los daños causados por un accidente cuando la enfermedad y el accidente se encuentren cubiertos por la póliza.

- 14) Gastos por concepto de sangre o plasma, incluyendo los exámenes del donador.
- 15) Alopecia (caída del cabello).
- 16) Tratamiento de cualquier tipo que se use para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes de cualquier tipo y lentes de contacto.
- 17) Gastos por tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- 18) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular o cualquier otro desorden u alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en la cobertura de enfermedades congénitas del recién nacido, Cláusula XVI, inciso 4), y hasta el límite establecido para esa cobertura.
- 19) Cuidado quiropráctico o podiátrico, incluyendo cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles y soportes de zapatos de cualquier tipo y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- 20) Tratamiento del síndrome pre-menopáusico.
- 21) Tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo osteoporosis.
- 22) Cualquier tipo de examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento relacionado con ello.
- 23) Implantación de embriones.
- 24) Cualquier tipo de tratamiento de la disfunción eréctil.
- 25) Cualquier tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.
- 26) Enfermedades de transmisión sexual (venéreas), incluyendo al virus del papiloma humano.
- 27) Tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en cualquiera de sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluye cualquier enfermedad o trastorno relacionado con ambas condiciones.
- 28) Bienes o servicios recibidos por el asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
- 29) Tratamientos realizados por el asegurado y/o su familia o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a, o relacionada con cualquiera de las personas citadas.

- 30) Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por la entidad autorizada, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

CLÁUSULA XXVI. Los beneficios cubiertos bajo la presente póliza, serán pagados directamente a la clínica u hospital afiliado, a excepción de los siguientes casos, los cuales serán pagados por reembolso:

1. Cuando el asegurado requiera servicios médicos de forma ambulatoria (incluye consulta externa).
2. Cuando el asegurado requiera los servicios de hospitalización y no haya utilizado la Red de Proveedores.
3. Cuando el asegurado ha efectuado el pago de los servicios directamente.
4. Cuando el asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por el Instituto, a pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencias y accidentes.

La liquidación se efectuará según corresponda, como se detalla a continuación:

a) HOSPITALIZACIÓN DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

El “INSTITUTO” reconocerá los gastos por hospitalización en Costa Rica y Centro América, siempre que ésta se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y se coordine con el Administrador de Servicios Médicos.

La liquidación correspondiente a los primeros US\$ 5.000,00 se reconocerá el 90% de los costos razonables y el exceso de esos US\$5.000 se cubrirá en un 100%.

Se aplicará el deducible correspondiente al costo de un día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos).

El “INSTITUTO” reconocerá los gastos por hospitalización en el resto del mundo, siempre que la hospitalización se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y coordinado con el Administrador de Servicios Médicos. En estos casos, de los primeros US\$ 20.000,00 se reconocerá el 80% de los gastos y en exceso de los US\$20.000,00 se cubrirá en un 100%.

Se aplicará un deducible correspondiente al valor de un día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos).

b) HOSPITALIZACIÓN FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

En el caso de que el asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y no haya hecho la coordinación con el Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en Costa Rica o Centro América y decida pagar sus gastos directamente:

El “INSTITUTO” efectuará el reembolso de los primeros US\$ 20.000,00 de los costos razonables al 80% y el exceso de esos US\$20.000,00 será cubierto al 100%, de acuerdo con lo razonable y acostumbrado, aplicando un deducible del costo de un día de la tarifa de habitación, con un mínimo de US\$200,00.

Se limita el beneficio para cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos a US\$ 300,00 y en el cuarto normal a US\$150,00.

En el caso de que el asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y del Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en el resto del mundo, decidiendo pagar sus gastos directamente:

El “INSTITUTO” efectuará el reembolso del 70% sobre los primeros US\$20.000,00 de gastos razonables y acostumbrados y el exceso de esos \$20.000,00 se reembolsará a un 100%, aplicando un deducible del costo de un día de tarifa de habitación, con un mínimo de US\$1.000,00.

Se limita el beneficio para cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos a US\$ 1.000,00 y en el cuarto normal a US\$ 500,00.

Para ninguno de los casos de hospitalización, se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

c) TRATAMIENTOS AMBULATORIOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

Cuando el asegurado sea tratado en forma ambulatoria en Costa Rica y en cualquier otro país de Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

1. Por cada visita médica se aplicará US\$ 10,00 de deducible.
2. Por los demás gastos ambulatorios, el INSTITUTO reconocerá el 90% de los costos razonables y acostumbrados.

Cuando el asegurado sea tratado en forma ambulatoria en otro país del mundo, que no sea Costa Rica o Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

1. Por cada visita médica se aplicará US\$ 20,00 de deducible.
2. Por los demás gastos ambulatorios, el INSTITUTO reconocerá el 90% de los costos razonables y acostumbrados.

Las atenciones bajo el sistema de la Red de Proveedores deberán ser coordinadas y autorizadas por el “INSTITUTO” y el Administrador de Servicios Médicos con anticipación, debiendo el asegurado asumir el deducible y coaseguro estipulado.

d) TRATAMIENTOS AMBULATORIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

En los casos en que el asegurado no haga uso de una clínica afiliada a la Red de Proveedores en Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

1. Por cada visita médica se aplicará US\$20,00 de deducible
2. Por los demás gastos ambulatorios, el INSTITUTO reembolsará el 80% de los costos razonables y acostumbrados.

En los casos en que el asegurado no haga uso de una clínica afiliada a la Red de Proveedores fuera de Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

1. Por cada visita médica se aplicará US\$30,00 de deducible
2. Por los demás gastos ambulatorios, el INSTITUTO reembolsará el 80% de los costos razonables y acostumbrados.

Si el asegurado recibe una indemnización por parte del "INSTITUTO" que excede el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato al "INSTITUTO" la suma excedente; caso contrario, el "INSTITUTO" deducirá dicha suma de cualquier otra cuenta por saldar que exista entre el asegurado y el "INSTITUTO".

DEDUCIBLE Y COASEGURO

CLÁUSULA XXVII. La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada por concepto de coaseguro y deducible es:

1. Por los tratamientos en Costa Rica y Centro América US\$ 5.000,00.
2. Por los tratamientos en el resto del mundo US\$ 10.000,00.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO

CLAUSULA XXVIII. Este contrato contiene en el Anexo N° 2 el procedimiento de utilización del seguro, el cual forma parte del mismo.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

CLÁUSULA XXIX. En los casos en que el asegurado haya efectuado los pagos directamente, deberá presentar al "INSTITUTO" dentro de los 60 naturales días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario:

1. El Formulario de Reclamación y Detalle de Facturación, debidamente cumplimentado, adjuntando toda la documentación sustentatoria de los gastos.
2. Facturas originales (las fotocopias no se consideran documentación válida).
3. Prescripciones y recetas médicas, de acuerdo con la ley.
4. Resultados de los exámenes.

REVISIÓN DE LOS RECLAMOS

CLÁUSULA XXX. El “INSTITUTO” tiene derecho de hacer examinar al “ASEGURADO DIRECTO” y/o sus dependientes cubiertos por el seguro, por los médicos designados por él, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo. El “ASEGURADO DIRECTO” y sus dependientes están en la obligación de proporcionar todos los exámenes e informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de información adicional que necesite el “INSTITUTO”.

El “INSTITUTO” está también autorizado a ejecutar medidas de revisión de utilización como, pero no limitado a:

1. Certificación de Pre-autorización
2. Revisión Concurrente

Cualquier reclamo simulado o fraudulento, hará perder todo derecho o indemnización, sin perjuicio de que se inicien contra los responsables las acciones legales correspondientes.

DECLINACION Y APELACION DEL RECLAMO

CLAUSULA XXXI.

1. **Declinación:** En aquellos casos de declinación del reclamo, el " INSTITUTO" comunicará por escrito la decisión al asegurado, a la última dirección conocida por éste.
2. **Apelación:** El asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo, para lo que debe presentar su alegato escrito al departamento que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.

Esta apelación deberá realizarse a mas tardar, durante los dos (2) meses siguientes a la fecha en que el asegurado sea notificado de tal declinación. Transcurrido este período, no se tendrá derecho a apelación alguna.

DECLARACION FALSA Y/O INEXACTA

CLÁUSULA XXXII. Esta póliza será absolutamente nula y el asegurado carecerá de todo derecho a indemnización bajo la misma, si se comprueba la existencia de una declaración falsa o inexacta hecha de mala fe por el asegurado al “INSTITUTO”, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo el contrato no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones. En esos casos el “INSTITUTO” al percatarse de la situación notificará al asegurado, los pagos realizados hasta ese momento con base en la póliza quedarán a favor del asegurado y la prima pagada quedará a favor del “INSTITUTO”.

Cuando el “INSTITUTO” no tenga por comprobada la mala fe del asegurado al momento de realizar la declaración falsa y/o inexacta del riesgo procederá de la siguiente forma:

1. El “INSTITUTO” tendrá un mes a partir de que conoció la situación para proponer al asegurado la modificación del contrato la cual será efectiva a partir del momento en que se conoció el vicio. Si la propuesta no es aceptada en el término de quince días naturales después de su notificación, el “INSTITUTO” podrá dentro de los siguientes quince días hábiles dar por terminado el contrato conservando la prima devengada al momento que se notifique la decisión.
2. Si el “INSTITUTO” demuestra que de conocer la condición real del riesgo no lo hubiera asegurado podrá rescindir el contrato, en el término de un mes desde que conoció el vicio, devolviendo al tomador la prima no devengada al momento de la rescisión.
3. Transcurridos los plazos indicados sin que el “INSTITUTO” comunique lo que corresponda se convalidará el vicio.

RECLAMACIÓN FRAUDULENTE

CLÁUSULA XXXIII. El “INSTITUTO” quedará relevado de toda responsabilidad y el asegurado perderá todo derecho de indemnización y se procederá a la anulación automática de la póliza:

1. Si el “ASEGURADO DIRECTO” o sus dependientes asegurados presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas o inexactas.
2. Si en cualquier tiempo el “ASEGURADO DIRECTO” o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento, emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

PRESCRIPCIÓN

CLÁUSULA XXXIV. Pasado el plazo de (6) seis meses contados a partir de la fecha en que se incurre en el pago de los gastos generados por el evento, el “INSTITUTO” quedará libre de la obligación de pagar el costo ocasionado por el mismo, que no se hayan presentado antes de ese período, a menos que esté en tramitación una acción judicial relacionada con la reclamación.

AVISOS Y COMUNICACIONES

CLÁUSULA XXXV. Los avisos y las comunicaciones relacionadas con la presente póliza, que intercambien las partes contratantes, deberán ser formuladas por escrito.

El asegurado está obligado a comunicarle por escrito al "INSTITUTO" cualquier cambio de nombre o domicilio, así como estatus migratorio.

SUBROGACIÓN Y OTROS SEGUROS

CLÁUSULA XXXVI. El “INSTITUTO” tendrá el derecho de recuperar de terceras personas los pagos hechos mediante esta póliza, por lesiones sufridas por el “ASEGURADO DIRECTO” o sus dependientes.

En virtud del derecho de subrogación, el “INSTITUTO” podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos o de los aseguradores de éstos.

En igual forma lo podrá hacer con los asegurados o sus familiares si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Para este derecho, el “ASEGURADO DIRECTO” y sus dependientes asegurados se obligan a lo siguiente:

1. Firmar el convenio respectivo y subrogar en el “INSTITUTO” todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderles.
2. No tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados.
3. Cooperar y asistir al “INSTITUTO” en todas y cada una de las gestiones que éste efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

Así también en caso de que el “ASEGURADO DIRECTO” y/o sus dependientes asegurados gozaran de otro u otros seguros que cubran los mismos gastos, los importes a reembolsar por el “INSTITUTO”, serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el 100% del gasto.

NORMA SUPLETORIA

CLÁUSULA XXXVII. Todo lo que no esté previsto en este Contrato estará regido por la Ley de Seguros número 11 del 02 de Octubre de 1922 y sus reformas.

MONEDA

CLÁUSULA XXXVIII. Los valores estipulados en este contrato de seguro, están anotados en dólares estadounidenses (US\$). No obstante, para efectos de primas e indemnizaciones, el pago se podrá efectuar por su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio interbancario del día en el que se hace el pago.