



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGUROS REGLAMENTO SOBRE COMERCIALIZACIÓN DE SEGUROS

I. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA

A. DATOS GENERALES DE LA ASEGURADORA

NOMBRE: Instituto Nacional de Seguros (INS).

CREACIÓN:

El **Instituto Nacional de Seguros** se creó mediante Ley No.12, del 30 de octubre de 1924 con el propósito de responder a las necesidades de protección de la sociedad costarricense.

Inició sus operaciones como Banco de Seguros y en 1948 cambió a **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS)**, nombre que mantiene hasta la fecha.

DIRECCIÓN:

Las Oficinas Centrales, así como nuestra Sede Central, están situadas en las calles 9 y 9 Bis, avenida 7.

Contamos también con 20 Sedes más, para un total de 21, todas con la capacidad y los conocimientos para brindarle un excelente servicio, 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, Curridabat y La Merced (200 metros al este del Hospital San Juan de Dios).

DATOS DE CONTACTO:

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

B. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS

Código A01, comprobable en la dirección electrónica www.sugese.fi.cr, sección "Aseguradoras".

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

C. CALIFICACIÓN DE RIESGO VIGENTE

Calificación Nacional. Largo Plazo FFS (Fortaleza Financiera de Empresas de Seguros) Escala Nacional: AAA(cri), otorgada por Fitch Ratings.

Perspectiva: Estable. El INS se mantiene como la compañía de seguros más grande en toda la región centroamericana y es uno de los competidores más grandes en Latinoamérica.

Calificación Internacional. Financial Strength Ratings A- (Excellent) Otorgada por A.M. Best (New York).

Perspectiva: Estable. Las calificaciones reflejan el favorable desempeño operativo del INS en conjunto con su fuerte capitalización, su sólido programa de reaseguro y su posición como la principal compañía aseguradora de Costa Rica.

D. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Todo dato, documento privado o información confidencial que el asegurado o consumidor de seguros brinde al Instituto, a sus intermediarios o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con un contrato de seguros, se tratará como tal, de acuerdo con lo establecido en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros.

La revelación injustificada o el mal uso de la información protegida acarreará responsabilidad administrativa, civil y penal, en caso de causarse perjuicio a las partes contratantes o a terceros.

E. PROCEDIMIENTOS PREVISTOS PARA PRESENTAR QUEJAS

Forma de presentar una queja o reclamo: De acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros (art. 11) se debe presentar la queja o reclamo personalmente (o autenticado), por medio de representante legal en la oficina de la Defensoría del Cliente o en las Sedes del INS; asimismo, podrá utilizarse el correo electrónico validando el documento mediante firma digital.

Opinión de servicio: Si desea expresar su opinión sobre el servicio y no requiere respuesta formal, el INS pone a disposición de sus clientes, los siguientes medios:

- Contraloría de Servicios, Correo: cservicios@ins-cr.com.
- Línea Gratuita: 800-INSCONTRALORIA.
- Teléfono: 2287-6161
- Fax 2287-8346
- Estaciones de Opinión ubicadas en todas las Sedes y Centros Médicos del INS

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

F. PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIONES EXTRAJUDICIALES

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación del contrato, podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley 7727 del 9 de diciembre de 1997 sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

El Instituto de conformidad con el Artículo 48 “Obligación de resolver y de indemnizar” de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus Reglamentos; se compromete, a resolver las reclamaciones que le presenten en el plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir de que el interesado presente todos los requisitos para el pago de reclamos establecidos en el apartado “Procedimiento en caso de siniestro”, de este documento.

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en la póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 y sus Reglamentos, el Código de Comercio y el Código Civil.

II. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PRODUCTO

Descripción SEGURO INS MEDICAL REGIONAL: Es un plan que brinda atención médica, tanto dentro de Costa Rica como en Centro América, ofreciendo cobertura, por año póliza, para los gastos médicos incurridos por enfermedades o accidentes.

Código de producto: P16-35-A01-113-V5.

Fecha de registro: 07 de agosto del 2015.

Este documento es genérico, por lo que en la cotización brindada se detallan las coberturas elegidas, condiciones ofertadas y el precio.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

B. REQUISITOS DE ASEGURAMIENTO

- Solicitud de seguro debidamente cumplimentada por el cliente.
- A criterio del Selector de Riesgos, se solicitarán pruebas médicas o no médicas.
- Cumplimentar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.
- Requisitos establecidos en la Ley 8204, Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.

C. COBERTURAS

Este seguro cuenta con coberturas básicas y con coberturas adicionales:

1. Coberturas básicas:

- a. Cobertura de gastos médicos.
- b. Cobertura de asistencia al viajero.
- c. Cobertura de Chequeos.
- d. Cobertura por fallecimiento.
- e. Cobertura dental por accidente y/o emergencia.

2. Coberturas Adicionales:

El Asegurado o el Tomador de seguro, mediante el pago de una extraprima, podrán suscribir solamente una de las siguientes coberturas adicionales:

- a. Cobertura para enfermedades y accidentes graves.
- b. Cobertura adicional de cáncer.

La cobertura adicional elegida por el Asegurado o el Tomador de seguro se anotará en las Condiciones Particulares y será parte integrante de este seguro.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

COBERTURAS BÁSICAS

1. Cobertura de Gastos médicos.

1.1 Gastos médicos sujetos a sublímites

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del **Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada** y se otorgan una vez superado el deducible anual elegido y hasta los límites establecidos para cada caso según las **Condiciones Particulares** de este contrato.

a) Maternidad

Podrán gozar de este beneficio las mujeres aseguradas, cubriéndoles los gastos pre y post-natales, aborto y/o amenaza de aborto y parto, sea normal o con cesárea, incluyendo los gastos normales del recién nacido, hasta los límites especificados en la **Cláusula Coberturas Cobertura de Gastos Médicos** de las **Condiciones Particulares** del contrato.

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

- i. **Parto normal:** Gastos prenatales y postnatales o aborto (monto máximo por embarazo establecido en la **Cláusula Cobertura de Gastos Médicos** de las **Condiciones Particulares**).
- ii. **Complicaciones durante el embarazo o el postparto** (monto máximo por embarazo establecido en la **Cláusula Cobertura de Gastos Médicos** de las **Condiciones Particulares**). Esta cobertura es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de Maternidad. El detalle de complicaciones cubiertas se indica en el contrato de seguros.
- iii. **Parto por Cesárea:** Gastos prenatales y postnatales, cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto máximo por embarazo establecido en la **Cláusula Cobertura de Gastos Médicos** de las **Condiciones Particulares**).

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

b) Trasplantes

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. El límite del beneficio anual para esta cobertura establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato, será por concepto de gastos ambulatorios u hospitalarios e incluye todos los gastos médicos por servicios prestados al donador, aplicando el deducible y coaseguro correspondientes. Para los Asegurados con edades de setenta (70) años o más, el límite del beneficio se establece en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.
- ii. Los órganos cubiertos para el beneficio del trasplante son: corazón, pulmones, páncreas, riñón, córnea, médula ósea e hígado.
- iii. En adición a lo indicado en las Cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de la póliza, para esta cobertura no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:
 1. Como resultado de lo relacionado con un trasplante que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por el Instituto.
 2. Las consideradas como experimentales o investigativas.
 3. Cuando el órgano a trasplantar sea considerado como equipo artificial o mecánico, o sean artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos. Asimismo, se excluyen cuando el donador es de especie animal.
 4. Si la enfermedad que da origen al trasplante es considerada una condición preexistente.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

c) Prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo

Mediante este seguro, por año póliza, se cubre hasta el sublímite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, de las Condiciones Particulares del presente Contrato los gastos por prótesis y aparatos de apoyo.

- i. En el caso de prótesis quirúrgica cubre por el valor de las prótesis que sean requeridas para cirugía, conforme a la definición establecida en este contrato. No se cubren prótesis externas ni dentales, excepto por un accidente cubierto por el seguro.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

ii. Cubre aparatos de apoyo que sean requeridos para tratar una enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

En el caso de requerirse sustitución de Aparatos de Apoyo o Prótesis Quirúrgica, dicha sustitución se realizará de acuerdo con las especificaciones de la vida útil del aparato o prótesis a reemplazar.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

d) Enfermedades congénitas del recién nacido

Están cubiertas bajo la póliza las enfermedades congénitas de los hijos cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando el niño haya sido incluido dentro del núcleo familiar como asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares.

En los casos en los que el niño no se incluya dentro de la póliza en el período establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares y se incluya posterior, para las enfermedades congénitas, deberá presentar la solicitud de seguro y continuar con el procedimiento habitual de aseguramiento **y se aplicará la Cláusula de Gastos Excluidos, inciso 6 de esta póliza.**

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

e) Prematurez

Están cubiertos bajo la póliza los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del Asegurado, cuyo nacimiento fue cubierto por la póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como Asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y Cobertura de las Condiciones Particulares. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta por el límite anual establecido en la Cláusula de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

f) Enfermedades epidémicas y pandémicas

Están cubiertas las enfermedades epidémicas y/o contagiosas y pandémicas. Los gastos efectuados serán pagados como hospitalización o ambulatorio, según sea el caso, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

g) Práctica recreativa de buceo y fútbol

Están cubiertos bajo la póliza los accidentes y las lesiones producidas durante la práctica recreativa de buceo y fútbol específicamente, hasta por el límite establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato.

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

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

h) Ambulancia aérea

Previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos y del médico tratante, en caso de producirse una enfermedad o un accidente cubierto por la póliza 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 hasta por el límite anual establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

i) Deportes

Están cubiertos bajo esta póliza los deportes que se practiquen en forma recreativa hasta el sublímite de Deportes establecido en la Cláusula Cobertura en Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato. Se excluye la práctica recreativa de buceo y fútbol.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

j) Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas).

Se cubren hasta el monto máximo definido en las Condiciones Particulares del contrato, los gastos relacionados con enfermedades mentales o trastornos nerviosos.

No incluye incapacidad del aprendizaje, desórdenes de actitud o problemas disciplinarios dado que estos no son enfermedades.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

1.2 Gastos médicos sujetos a condiciones especiales:

Los gastos serán otorgados como parte del Beneficio Máximo Anual por Persona, según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares de la póliza y hasta los límites establecidos para cada caso. Adicionalmente están sujetos a lo dispuesto en las Cláusulas de Gastos Cubiertos, Períodos de Carencia, Riesgos Excluidos, Gastos Excluidos.

a) Gastos ambulatorios por accidentes

Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos de acuerdo a la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato. Si a consecuencia del accidente el Asegurado requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

b) Transporte por evacuación

Cubre de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del presente contrato y previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos, los costos por traslado en ambulancia local y/o avión de línea regular de pasajeros en clase económica, dentro del territorio de Costa Rica y Centroamérica, únicamente cuando por condiciones del paciente o del tratamiento tiene que ser evacuado, a un centro hospitalario que reúna las condiciones necesarias para la atención del caso. **En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.**

c) Emergencias durante viajes en el extranjero

i. Todos los beneficios de esta cobertura serán otorgados según se indica en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada de las Condiciones Particulares de la póliza y serán proporcionados única y exclusivamente por el Instituto y/o por el Administrador de Servicios Médicos y no están sujetos a reembolso. Si la emergencia no fue comunicada al Instituto o al Administrador de Servicios Médicos, previo a recibir atención médica o dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de sufrida la emergencia, los gastos serán cubiertos de acuerdo con las condiciones del contrato, según los requisitos para la presentación de un reclamo.

ii. El ámbito territorial de las coberturas, se extiende a Centro América (excepto Costa Rica). Para efectos de esta cobertura, se entiende como EMERGENCIA, únicamente lo indicado en la Cláusula Términos y Definiciones de la póliza.

iii. Esta cobertura operará, cuando se trate de un accidente o enfermedad aguda, en exceso de la cobertura de Asistencia al Viajero que se describe en el Anexo # 1, siempre y cuando el Asegurado se comunique con el Administrador de Servicios Médicos para activar dicha cobertura. De lo contrario, solamente operará esta cobertura.

iv. Las coberturas que se otorgan son:

1) 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 la emergencia. Esta cobertura opera superado el deducible anual elegido.

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.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

El proceso de evacuación o repatriación deberá ser coordinado por el Administrador de Servicios Médicos en consulta con un médico local y con base en factores médicos. Sus decisiones serán definitivas para determinar la necesidad de dichos servicios.

Para esta cobertura se aplicará el deducible anual, los copagos y coaseguros que correspondan estipulados en las Condiciones Particulares.

2) 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 del Administrador de Servicios Médicos, efectuará las coordinaciones necesarias a fin de obtener las autorizaciones gubernamentales para la repatriación de restos mortales, asumiendo los gastos hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

3) Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad

Cuando por accidente 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 cubrirá hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

d) Gastos médicos en el extranjero

Los gastos ocasionados por atenciones médicas en el extranjero forman parte del beneficio máximo por año indicado en la Cláusula Beneficio Máximo Anual por Persona Asegurada y serán cubiertos, una vez superado el deducible anual elegido, de acuerdo con las siguientes condiciones:

i. Hospitalización

1) Los casos de hospitalización que no sean considerados como emergencias deberán ser previamente comunicados al Instituto con una anticipación de cinco (5) días hábiles al Administrador de Servicios Médicos.

2) En caso de una hospitalización de emergencia, se deberá dar aviso al Instituto y/o al Administrador de Servicios Médicos dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas a la admisión, aunque el Asegurado haya sido dado de alta.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

Los casos de incumplimiento con dar aviso al Instituto dentro de los plazos indicados en los incisos 1. y 2. 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, los cuales se liquidarán de acuerdo con las condiciones de la póliza. En este caso se considerarán para los efectos de la liquidación del reclamo los costos razonables y acostumbrados en Costa Rica y Centro América.

ii. Atención Ambulatoria

1. 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.
2. Los casos de atención ambulatoria por reembolso serán pagados de acuerdo con las condiciones de la póliza.

2. Cobertura de asistencia al viajero

Esta póliza contiene en el Anexo N°1, las condiciones de la cobertura especial de Asistencia al Viajero, las cuales forman parte de este contrato. Esta cobertura aplica sin el deducible anual elegido, hasta por el monto asegurado de la misma. Los gastos en exceso, si los hubiere, serán cubiertos por el seguro médico una vez superado el deducible anual elegido.

3. Cobertura de chequeos

Los chequeos serán cubiertos siempre que así se encuentre establecido en las Condiciones Particulares y únicamente coordinados con la Red de Proveedores del INS, de lo contrario el Instituto no los cubrirá. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

a) Chequeo oftalmológico

Se otorga un chequeo oftalmológico anual a partir de la segunda renovación anual de cada asegurado en la póliza, es decir, a partir del tercer año de contar con el seguro. El mismo consiste en una consulta oftalmológica para medición de vista, fondo de ojo y medidas de presión ocular.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

b) Chequeo general

El chequeo general se otorga a partir de la segunda renovación anual de cada asegurado en la póliza, es decir, a partir del tercer año de contar con el seguro.

4. Cobertura por fallecimiento

Todos los pagos que se efectúen por estas coberturas forman parte del Beneficio Máximo Asegurado Anual por Persona y están sujetos a lo dispuesto en las cláusulas de Riesgos Excluidos y Gastos Excluidos de esta póliza. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

a) Muerte

Este beneficio indemniza hasta la suma máxima establecida en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos de las Condiciones Particulares del contrato, por concepto de muerte de alguno de los Asegurados por esta póliza, siempre y cuando la causa de la muerte esté amparada bajo las condiciones estipuladas en la misma. 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 para completar la prima anual.

b) Sepelio

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta por el límite máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, de las Condiciones Particulares del contrato, siempre que el fallecimiento haya ocurrido como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza. Para su reclamación se deben presentar las facturas originales canceladas correspondientes.

c) 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 el período máximo establecido en la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos, sin el pago de la prima, contados a partir de la próxima fecha de vencimiento anual de la póliza, por lo que en caso de pago fraccionado de la prima, los asegurados sobrevivientes deben pagar las primas de los períodos respectivos hasta completar el año 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.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

Para las coberturas anteriores, si la persona beneficiaria causa la muerte de la persona asegurada por dolo o culpa grave perderá el derecho de percibir el pago del seguro. En dicho caso, el Instituto quedará liberado del pago en la proporción que le correspondiera a esa persona beneficiaria.

5. Cobertura dental por accidente y/o emergencia

Este seguro ofrece cobertura dental tanto por accidente como por emergencias. En esta cobertura no aplica el deducible anual elegido.

La cobertura por accidente aplica de acuerdo con la definición establecida en este contrato. En la cláusula de Presentación de Reclamos se indican los requisitos para el pago de este beneficio.

Si a causa del accidente el Asegurado requiere una prótesis dental, ésta será cubierta únicamente si es reemplazo de piezas dentales naturales.

La póliza contiene en el Anexo #2, las condiciones de la cobertura odontológica de emergencia, las cuales forman parte de la misma.

D. DEDUCIBLE ANUAL

Para poder hacer uso del seguro, el Asegurado deberá cubrir el deducible anual elegido el cual estará indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, antes de que los gastos elegibles sean reembolsados por el INS.

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

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

El Instituto efectuará el análisis de los gastos presentados y en caso de ser objeto de cobertura, se acumularán con base en el costo razonable y acostumbrado de los gastos indemnizables aplicando los copagos y/o coaseguros que correspondan, con el fin de alcanzar el monto de deducible anual elegido por el Asegurado, para lo cual el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

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

En caso de un mismo núcleo familiar, se aplicará un tope máximo de deducibles por año póliza, el cual se indicará en las condiciones particulares.

E. UTILIZACIÓN DEL SEGURO

En este seguro la suma asegurada se agota por persona, sin importar el número de eventos durante el año póliza, restituyéndose sus límites de cobertura para el año siguiente. Por cada Asegurado se llevará un registro de saldos de la suma asegurada y la responsabilidad máxima del Instituto está limitada a dicha suma y a los sublímites detallados en las Condiciones Particulares, de conformidad con los costos razonables y acostumbrados.

El Asegurado tiene libre elección médica, sin embargo para la operación de este seguro existe una red de proveedores afiliados (clínicas, médicos, laboratorios) que brindan servicios de salud a los Asegurados.

El proveedor afiliado es el encargado de cobrar sus honorarios al Instituto por intermedio del Administrador de Servicios médicos en atenciones hospitalarias.

Para los servicios ambulatorios el Asegurado deberá cubrir el costo de los mismos y posteriormente gestionar ante el Instituto el reembolso correspondiente.

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

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

Dicha solicitud debe ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Dentro del plazo indicado el Instituto brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización, al proveedor afiliado que corresponda.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

El Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, de conformidad con las condiciones y montos pre-autorizados. El Asegurado asume el costo del deducible anual, copagos y coaseguros estipulados y cualquier otro gasto no cubierto.

El Asegurado también puede utilizar 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; en estos casos el médico o clínica no tiene precios negociados y se aplica un coaseguro mayor.

Los gastos serán reconocidos de conformidad con lo detallado en las Condiciones Particulares, sujeto a completar el deducible anual, los copagos y coaseguros establecidos en dicho documento.

Para el pago de los reclamos, a los gastos presentados e indemnizables, de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, se rebajará el monto del copago cuando corresponda y al monto resultante de esa sustracción, se aplicará el porcentaje de coaseguro para obtener el monto a pagar, según se establece en las Condiciones Particulares. El coaseguro se calcula sobre los gastos indemnizables.

Enfermedad Aguda o Accidente fuera del país

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 (Anexo N°1). Una vez que se haya agotado el monto asegurado de la misma o finalicen a los sesenta (60) días de cobertura, se podrán utilizar las demás coberturas del seguro INS Medical Regional, bajo la modalidad de reembolso, si los gastos son efectuados fuera de la región y una vez superado el deducible anual elegido.

Todos los gastos incurridos por el Asegurado tanto dentro como fuera de Red se pagarán de acuerdo al costo razonable y acostumbrado. En las Condiciones Particulares se establece el deducible anual, los copagos y coaseguro que aplican para los diferentes servicios médicos.

Si el Asegurado se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la **Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero, de la póliza**; se han dispuesto los siguientes números telefónicos, correspondientes al Administrador de Servicios Médicos:



SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

Números Gratuitos

1 844 865 0804 USA

900 995 484 España

Números Directos

+1 (407) 264-7118 USA

(091) 189-5152 ESPAÑA

+1(407) 264-7118 Canadá/ Caribe/ Resto de las Américas*

+34 (91)189-5152 Europa/ Resto del mundo*

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

F. PARTICIPACIÓN MÁXIMA ANUAL DE COASEGURO Y COPAGO HOSPITALARIO

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad para cada Asegurado por concepto de **coaseguro y copago por hospitalización** corresponderá a **\$10.000,00** en Costa Rica y Centroamérica y **\$50.000,00** fuera de esta región.

G. RIESGOS EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos ocasionados por y/o a consecuencia de:

1. Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o en los que no medie la acción repentina de un agente externo.
2. Accidentes provocados por el Asegurado, con o sin intención, cuando este último se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas o estupefacientes, no prescritos por un médico u odontólogo.
3. Accidentes donde el Asegurado conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).
4. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentre desempeñando sus funciones laborales.
5. El accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado como consecuencia de la comisión o tentativa de delito doloso en que el mismo sea el sujeto activo.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

6. Guerra internacional declarada o no, guerra civil, invasión, terrorismo, insurrección, participación activa en alteraciones del orden público, servicio militar, actos delictivos o criminales y fenómenos de la naturaleza catastróficos, contaminación nuclear, incidentes nucleares, rebelión en la cual el Asegurado esté participando.

H. GASTOS EXCLUIDOS

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o a consecuencia de:

1. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo.
2. Toda condición preexistente, excepto lo contemplado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades Congénitas del recién nacido.
3. Controles médicos, excepto lo indicado en la Cobertura de Chequeos.
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 y/o hereditarios diagnosticados antes de la inclusión en la póliza, a excepción de lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto Enfermedades congénitas del recién nacido.
7. Trastornos, enfermedades o deficiencias emocionales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.
8. Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos, por sobrepeso, bajo peso, obesidad u obesidad mórbida, incluyendo las cirugías bariátricas, así como las enfermedades que directa y únicamente tengan como origen estas condiciones o padecimientos.
9. Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.
10. Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.
11. Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del consumo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

12. **Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio) excepto lo establecido en la cláusula de COBERTURAS BASICAS, inciso j) *Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos, a cargo de un psiquiatra (con o sin hospitalización, incluye medicinas, exámenes, terapias o consultas).***
13. **Métodos anticonceptivos no quirúrgicos, vitaminas, vacunas, medicamentos que sirvan para estimular el sistema inmunológico tomados en forma preventiva, energizantes y suplementos alimenticios independientemente del uso que determine el médico.**
14. **Tratamientos y/o cirugías estéticas, plásticas o de embellecimiento. Mamoplastía; se exceptúa la cirugía reconstructiva tendiente a corregir enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.**
15. **Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.**
16. **Consultas y/o tratamientos que se usen para corregir defectos de la refracción visual, incluyendo el queratocono, así como anteojos, cristales o lentes y lentes de contacto y cualquier complicación provocada por éstos. Se exceptúa de esta condición los lentes intraoculares para el tratamiento de catarata, siempre y cuando dicho padecimiento haya sido cubierto por la póliza.**
17. **Prótesis dentales, excepto que sean reemplazos de piezas dentales naturales.**
18. **Gastos por consulta y/o tratamiento de problemas en la mandíbula o de la articulación temporomandibular, incluyendo prognatismo, el síndrome temporomandibular, craneomandibular u otro desorden o alteración relacionada con la unión craneomandibular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o lo indicado en la Cobertura de Gastos Médicos Sujetos a Sublímite punto d. Enfermedades congénitas del recién nacido.**
19. **Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.**
20. **Consultas y/o tratamientos podiátricos.**
21. **Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.**
22. **Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
23. **Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.**

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

24. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo ostopenia y osteoporosis.
25. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionado con ello.
26. Implantación de embriones.
27. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.
28. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.
29. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas).
30. Enfermedades por el virus del papiloma humano; excepto en la piel.
31. Pruebas de diagnóstico y/o tratamiento para el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en todas sus etapas, así como para la condición del portador sano del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Se incluyen enfermedades o trastornos relacionados con ambas condiciones.
32. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.
33. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
34. Servicios médicos, exámenes o medicamentos ordenados o brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que el Asegurado tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.
35. Tratamientos y/o cirugías no reconocidos por la comunidad médica internacional, así como los practicados por personas que no sean médicos profesionales, o no considerados médicamente necesarios.
36. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros que no sean del Instituto.
37. Se excluye la práctica de cualquier deporte en forma competitiva. Asimismo no se cubrirá ningún tipo de accidente por la práctica de deportes en forma recreativa o competitiva donde se utilicen vehículos acuáticos con motor.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

I. PERÍODOS DE CARENCIA

Se establece un período de carencia máximo de treinta (30) días naturales en Costa Rica y Centro América posteriores a la inclusión del Asegurado en la póliza, el cual se amplía a sesenta (60) días naturales 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.

Para las siguientes condiciones, enfermedades o padecimientos, se establece un período de carencia diferente, en donde no se cubrirán ningún tipo de gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros.

Cobertura	Carencia
Maternidad o embarazo	Hasta trece (13) meses consecutivos
Trasplantes	Hasta veinticuatro (24) meses consecutivos
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Amígdalas o adenoides, cornetes, septoplastia, sinusitis, nariz y senos paranasales	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	Hasta diez (10) meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	Hasta diez (10) meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	Hasta diez (10) meses consecutivos
Asma	Hasta diez (10) meses consecutivos

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

Igualmente, aplicará un período de carencia de 10 meses consecutivos, durante los cuales no se cubrirá ningún tipo de gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, procedimientos, consultas o suministros, independientemente de que se produzca a causa de accidente o emergencia para los siguientes:

- Hernias de todo tipo y localización
- Enfermedades o accidentes de la rodilla

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

J. PERIODO DE VIGENCIA DEL SEGURO

La póliza es un seguro de gastos médicos anual renovable. Entrará en vigor cuando haya sido aceptado el riesgo y se pague la prima estipulada.

K. MONTO DE LA PRIMA Y PROCEDIMIENTO PARA SU PAGO

La póliza se basa en el pago anticipado de la prima anual, no obstante podrá fraccionarse según la frecuencia escogida, a saber mensual (únicamente colectivas), trimestral o semestral, considerando el recargo correspondiente por fraccionamiento y de acuerdo con las tarifas vigentes a la fecha de emisión o renovación de la póliza.

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 la póliza 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.

PERÍODO DE GRACIA

El Instituto brindará un período de gracia de diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del seguro, para el pago de la prima cuando la forma de pago elegida por el Asegurado Directo o el Tomador del seguro sea mensual (colectivas), trimestral o semestral.

Si la forma de pago de prima elegida por el Asegurado Directo o el Tomador del seguro es anual, se establece un período de gracia de veinte (20) días hábiles, siguientes al vencimiento del seguro.

Las obligaciones del Instituto se mantendrán vigentes y efectivas durante ese período de gracia.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

L. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

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:

1. Gastos Médicos:

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

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.

3. Fallecimiento del Asegurado:

- a. Carta del beneficiario solicitando la indemnización.
- b. Certificado Oficial de Defunción expedido por el Registro Civil, donde se especifique la causa de la defunción.
- c. Fotocopia del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d. En caso de que el fallecimiento sea producto de un accidente, copia certificada del expediente judicial que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre el alcohol (OH) o tóxicos de la sangre.
- e. Manifestación escrita del beneficiario sobre los centros médicos donde fue atendido el Asegurado.
- f. El beneficiario 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 INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

M. CAUSAS DE EXTINCIÓN DEL CONTRATO

a. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

La póliza no surtirá efecto si:

1. El Asegurado oculta, informa o expone con falsedad o inexactitud todo hecho o circunstancia determinantes concernientes a esta póliza, a los riesgos cubiertos por la misma o al interés del Asegurado en ellos; o en el caso de que se incurra en fraude o juramento falso con respecto a lo anterior, hecho por el Asegurado, tanto antes como después de un siniestro.
2. El reclamo hecho, resulta fraudulento o si el Asegurado u otra persona autorizada por el mismo, actuando en su nombre, utiliza algún medio o recurso ilícito para obtener cobertura bajo el amparo de esta póliza.

En caso de aplicación de estas condiciones las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

b. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

El Instituto quedará liberado de sus obligaciones contractuales y procederá a la cancelación de la póliza, dando las primas por totalmente devengadas, cuando:

1. No se pague la prima correspondiente.
2. Se compruebe que el Asegurado ha declarado el riesgo de forma falsa o inexacta, en los casos en que de haber declarado correctamente el riesgo la póliza no se hubiera celebrado o se hubiera hecho bajo otras condiciones.
3. Vencido el Periodo de Gracia y no haya pago de la prima, conforme ésta establecido en el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

c. CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO

Si el Asegurado Directo y/o Tomador deciden no mantener el seguro, deberán comunicarlo por escrito al Instituto por lo menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha de cancelación. En este caso el Instituto cancelará el contrato en la fecha señalada expresamente por el Asegurado y/o Tomador, la cual no podrá ser anterior a la fecha en que se recibe el aviso.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

1. Cuando la cancelación se produzca antes de finalizar la vigencia de la póliza, el Instituto tendrá derecho a retener la prima devengada a corto plazo y conforme al tiempo transcurrido, de acuerdo con los porcentajes indicados en las Condiciones Particulares, para lo cual deberá reembolsar al Asegurado Directo y/o Tomador la prima no devengada, siempre que no existan reclamos incurridos durante la vigencia.
2. En caso que se efectúe la exclusión de uno o varios asegurados o núcleos asegurados en una póliza individual o colectiva, pero la póliza se mantenga vigente, la devolución de las primas se deberá efectuar a prorrata.

Para efectos de los puntos 1. y 2. anteriores, cuando existan reclamos indemnizables de uno o varios asegurados o núcleos asegurados en una póliza individual o colectiva, se retendrá el cien por ciento (100%) de la prima pagada de ese asegurado en la póliza. El Asegurado mantendrá sus derechos respecto a todo gasto incurrido y amparado anterior de la fecha de cancelación.

N. DERECHOS DEL ASEGURADO

a. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza. No obstante, el Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la entrega de la póliza para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas.

Transcurrido el plazo establecido en el párrafo anterior, caducará el derecho del Asegurado de solicitar la rectificación de la póliza. Si el Asegurado no desea continuar con el seguro el Instituto devolverá la prima pagada en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales.

b. SUMA ASEGURADA PARA MAYORES DE 70 AÑOS.

El Asegurado que alcance los 70 años de edad, a partir de la siguiente renovación anual podrá optar por reducir o mantener su monto asegurado. Si opta por reducirlo, éste límite será reducido de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares. No obstante, si el Asegurado desea mantener su monto asegurado, sin reducción del mismo, únicamente deberá pagar la prima correspondiente a dicho riesgo.

O. DERECHO A RECIBIR RESPUESTA OPORTUNA

El Asegurado tiene derecho a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud que presenten personalmente, o por medio de su representante legal, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales.

SEGURO INS MEDICAL REGIONAL COLECTIVO

P. DECLARACIÓN DEL CLIENTE

El Asegurado debe cumplir con pruebas médicas o no médicas en lo que se realizan preguntas relacionadas con sus antecedentes de salud y aficiones, destinados a configurar o apreciar el riesgo propuesto, esa declaración deberá estar extendida en forma clara, destacada y legible.

Q. PLAZO PARA ACEPTAR O RECHAZAR EL RIESGO

El Instituto se reserva el derecho de aceptar, postergar o rechazar el riesgo planteado, para lo cual se debe informar al Asegurado en un plazo máximo de treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha en que se reciben los documentos solicitados para analizar el riesgo. En caso de que el riesgo sea de complejidad, el Instituto deberá dar respuesta al Asegurado en un plazo no mayor a dos (2) meses.

R. RED DE PROVEEDORES

Encuentre la red de proveedores en nuestro sitio de Internet: www.ins-cr.com