



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Personales

## SEDE INS GUADALUPE

### CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE INS MEDICAL REGIONAL

FECHA : 06/06/2012  
POLIZA Y PLAN : 0216 GFG-7-00  
TOMADOR DEL SEGURO : COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.

---

Por el presente addendum se hace constar, que a partir del **1-06-2012** se modifican las **Condiciones Generales** de este contrato, las cuales aplicarán de la siguiente manera:

#### **CLÁUSULA VI. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA**

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada persona asegurada, hasta menos de setenta (70) años de edad no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como Beneficio Máximo de **US\$75.000,00** (setenta y cinco mil dólares estadounidenses). A partir de la siguiente renovación anual y una vez se hayan alcanzado los setenta (70) años de edad, éste límite será reducido automáticamente a **US\$35.000,00** (treinta y cinco mil dólares estadounidenses). En caso de que el Asegurado emita el contrato o se incluya en una póliza colectiva con setenta (70) años o más, el monto asegurado máximo por año póliza contratado es de **US\$35.000,00** (treinta y cinco mil dólares estadounidenses).

#### **CLÁUSULA X. COBERTURAS**

Este seguro cuenta con coberturas básicas:

##### **1. Coberturas básicas:**

- a. Cobertura de gastos médicos.
- b. Cobertura de asistencia al viajero.
- c. Cobertura de fallecimiento.



## **CLAUSULA XI. COBERTURAS BÁSICAS**

### **1. Cobertura de Gastos médicos.**

#### **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 los incisos i, ii y iii siguientes y de acuerdo con lo indicado en la cláusula de Gastos cubiertos.

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

- i. Gastos prenatales y postnatales, parto normal o aborto (monto máximo por embarazo) **US\$2.500.00** Además, se incluyen en esta suma asegurada, las siguientes complicaciones postparto:

- 1) Hemorragia uterina postparto.
- 2) Desgarros de la vagina, la piel (perine), recto.
- 3) Infección de la vulva y/o vagina.
- 4) Endometritis (fiebre puerperal).
- 5) Infección de la herida (del piquete).
- 6) Mastitis (inflamación de la mama).
- 7) Absceso mamario.
- 8) Tromboflebitis (inflamación de las venas).
- 9) Atonía del útero (hemorragia uterina posterior al parto).
- 10) Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
- 11) Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
- 12) Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).

- ii. Complicaciones durante el embarazo (monto máximo por embarazo) **US\$1.000.00**. Esta suma asegurada es adicional a la indicada en los puntos i. y iii. de esta cobertura.

Se cubrirán como complicaciones de embarazo, aquellas que se enmarquen



dentro de las siguientes situaciones:

- 1) Amenaza de aborto.
  - 2) Hiperemesis gravídica (achaque) que ocurra dentro del I Trimestre de gestación.
  - 3) Óbito fetal (muerte fetal).
  - 4) Embarazo anembriónico (sin embrión) que no supere las veintisiete (27) semanas.
  - 5) Toxemia gravídica (incluye síndrome de Hellp) que ocurra dentro del III Trimestre de gestación.
  - 6) Embarazo extrauterino (fuera del útero).
  - 7) Eclampsia.
  - 8) Desprendimiento de placenta (abruptio placentae).
  - 9) Placenta previa.
  - 10) Embarazo molar.
  - 11) Ruptura uterina.
  - 12) Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
  - 13) Diabetes inducida por el embarazo.
- iii. Cirugía por cesárea y/o por parto múltiple o complicaciones con cirugía abdominal (monto máximo por embarazo) **US\$2.500,00**. Se incluyen en esta suma asegurada, las siguientes complicaciones postparto:
- 1) Hemorragia uterina postparto.
  - 2) Endometritis (fiebre puerperal).
  - 3) Infección de la herida (de la cesárea).
  - 4) Mastitis (inflamación de la mama).
  - 5) Absceso mamario.
  - 6) Tromboflebitis (inflamación de las venas).
  - 7) Atonía del útero (hemorragia uterina después del parto).
  - 8) Placenta acreta (anormalmente insertada en la capa muscular del útero).
  - 9) Placenta increta (placenta que penetra el músculo del útero).
  - 10) Placenta percreta (placenta que penetra anormalmente fuera del útero).

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



## b. Trasplantes

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- i. El límite del beneficio para esta cobertura es de **US\$37.500,00** anuales, por 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 para esta cobertura es de **US\$22.500,00** anuales. Este beneficio se limita al monto máximo estipulado por diagnóstico y curso del tratamiento.
- 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 las Condiciones Generales, para esta cobertura no se pagarán los beneficios por toda situación, tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:**
  - 1) **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.**
  - 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 y coaseguro correspondiente, estipulado en la Cláusula Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios las Condiciones Generales.

## c. Prótesis quirúrgicas

Este seguro cubre, por año póliza, hasta **US\$1.875,00** 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 Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de las Condiciones Generales.

#### **d. Enfermedades congénitas del recién nacido**

Están cubiertas bajo esta 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 las Cláusulas Edades de Contratación y de Cobertura de las Condiciones Generales. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados hasta un límite de **US\$9.375,00** anuales.

En los casos en los que el niño no se incluya dentro de la póliza en el período establecido en las Cláusulas Edades de Contratación y de Cobertura de las Condiciones Generales 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 las Condiciones Generales.

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

#### **e. Prematurez**

Están cubiertos bajo esta póliza los gastos incurridos para atender las condiciones propias de la prematurez del Asegurado, cuyo nacimiento fue cubierto por esta póliza, siempre y cuando haya sido incluido dentro del núcleo familiar como Asegurado en el plazo establecido en la Cláusula Edades de Contratación y de Cobertura de las Condiciones Generales. En estos casos, los gastos cubiertos serán pagados, hasta un límite de **US\$7.500,00** anuales.

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



**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 el límite de **US\$1.875,00** anuales.

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

**g. 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\$3.750,00** 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 Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de las Condiciones Generales.

**h. Ambulancia aérea hasta US\$7.500,00 por año póliza.**

Previa aprobación del Administrador de Servicios Médicos y del médico tratante, en caso de producirse una enfermedad o un accidente cubierto por esta 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.

Quedan incluidos 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 (90) días naturales después de concluido el tratamiento.



## **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 estas Condiciones Particulares 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 y Liquidación de Gastos y Pago de Beneficios de esta póliza.

### **a. Gastos ambulatorios por accidentes**

Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos íntegramente sin aplicación del deducible ni coaseguro. Si a consecuencia del accidente el Asegurado requiere hospitalización, la misma será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato.

### **b. Transporte por evacuación**

Cubre el cien por ciento (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 Centro América, 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.

### **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 estas Condiciones Particulares 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 de las condiciones generales serán cubiertos bajo las demás condiciones establecidas en la cláusula de Coberturas.
- 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, inciso 20 de esta 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 N° 1, siempre y cuando el Asegurado se comuniquen 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.

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.

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.

#### **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 un límite de **US\$2.500,00** por todo concepto.





**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 cubrirán hasta **US\$75,00** diarios, con un máximo de diez (10) días, es decir, **US\$750,00.**

**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 de las Condiciones Generales:

**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.

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.

- 2) En caso de una hospitalización de emergencia, se deberá dar aviso al Instituto 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.

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 se liquidarán únicamente por reembolso.

## **2. Cobertura de asistencia al viajero**

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

## **3. Cobertura por fallecimiento:**

### **a. Muerte**

Este beneficio indemniza la suma de **US\$1.000,00** por 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.

### **i. Beneficiarios**

Para efectos de esta cláusula los beneficiarios serán:

- 1) Por fallecimiento del Asegurado Directo, los beneficiarios designados por éste, o en su defecto, los herederos legales del mismo.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores



para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

#### **b. Sepelio**

Cubre los gastos ocasionados por concepto de funeral, hasta el límite de **US\$1.000,00**, 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 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 un período máximo de doce (12) meses de seguro, 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.



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Dirección de Seguros Personales

**Todos los demás términos y condiciones del contrato continúan sin cambio ni alteración alguna.**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-072** de fecha **05 enero de 2010**.

---

**DIRECTOR EJECUTIVO  
SEDE INS GUADALUPE**