INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

CONDICIONES PARTICULARES
POLIZA DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVA –NO ADHESIÓN- COLONES

FECHA : 01 DE JUNIO DEL 2012

POLIZA Y PLAN : 01 16- ING-4-00

TOMADOR DEL SEGURO: COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA.

Por el presente se hace constar, que a partir del 01-06-2012 se modifican las **Condiciones Generales** de este contrato, las cuales aplicarán de la siguiente manera:

CLÁUSULA (Nº III). DEFINICIONES

Se agregan las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE.** Acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita e imprevista, que ocasiona una lesión corporal traumática que puede ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad. Los eventos en que no se presenten simultáneamente las condiciones citadas anteriormente no se encuentran amparados bajo esta póliza.

2. **ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.** Es la figura del Instituto que administra la Red de Proveedores a nivel nacional.

3. **APARATOS DE APOYO.** Se refiere a los aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.

Sólo los seguros del INS tienen la garantía del Estado .

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. **CIRUGIA BARIÁTRICA.** Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad, buscando disminución del peso corporal y como alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos.

6. **COASEGURO.** Es el porcentaje de los gastos que le corresponde asumir al Asegurado en adición, al deducible en los casos en los que aplique.

7. **CONVIVIENTE.** Persona del sexo opuesto al Asegurado Directo con quien éste o ésta cohabita por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, sin que los una relación matrimonial alguna, según lo indicado en el Código de Familia.

8. **COSTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO.** Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, 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.

9. **DEDUCIBLE.** Suma fija que debe asumir el Asegurado antes de la aplicación del coaseguro.

10. **DEPORTE.** Actividad y ejercicios físicos, individuales o de conjunto ejercidos como recreación o competición, cuya práctica supone entrenamiento y en algunos casos sujeción de reglas.

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

12. **EDAD.** Se entiende por edad al más próximo cumpleaños aquella que se establece de esta forma:

    a) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y hasta seis (6) meses menos un día, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada.

    b) Si el Asegurado tiene la edad alcanzada y seis (6) meses exactos o más, la edad al más próximo cumpleaños será la edad alcanzada más un año.

13. **ENFERMEDAD.** 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.

14. **ENFERMEDAD CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA.** Enfermedad, defecto físico o desorden orgánico, sea genético o hereditario, presente en el momento del nacimiento. No se considerarán congénitas las condiciones propias de la prematurez.

15. **ENFERMEDAD CONTAGIOSA.** Enfermedad que se transmite de una persona a otra por contacto directo (con otra persona) o indirecto (a través de objetos o terceros que hayan tenido contacto directo con la persona enferma).

16. **ENFERMEDAD EPIDÉMICA.** Enfermedad infecciosa que durante un período de tiempo ataca, simultáneamente y en un mismo territorio, a un gran número de personas.

17. **ENFERMEDAD MENTAL.** Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de vida**.**

18. **ENFERMEDADES GRAVES.** Son aquellas que, si no son tratadas en las siguientes veinticuatro (24) horas de su diagnóstico, ponen en peligro de muerte al paciente.

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

20. **ESTERILIDAD.** Es la incapacidad de concebir, luego de mantener durante un (1) año vida sexual regular sin la utilización de métodos anticonceptivos.

21. **HOSPITAL O CLÍNICA.** Establecimiento sanitario donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede ser ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

22. **INFERTILIDAD.** Es cuando se logra un embarazo, pero el producto no alcanza la edad de veinticuatro (24) semanas de gestación.

23. **LICENCIA HABILITANTE.** Documento formal otorgado por el Estado de Costa Rica que faculta a una persona para conducir el vehículo involucrado en el accidente y ésta no se encuentre suspendida al momento del accidente.

24. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.** Es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o embarazo al mantener relaciones sexuales.

25. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NO QUIRÚRGICOS.** Son los siguientes:

    a) Método del moco cervical.
    b) Condón masculino.
    c) Condón femenino.
    d) Diafragma.
    e) Espermaticidas.
    f) Esponjas vaginales.
    g) Dispositivos intrauterinos.
    h) Anticonceptivos orales.
    i) Anticonceptivos inyectados.

26. **PACIENTE RECEPTOR.** Es el Asegurado que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante cubierto bajo esta póliza.

27. **PANDEMIA.** Es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa. Etimológicamente hablando debería cubrir el mundo entero y afectar a todos.

28. **PRE-AUTORIZACIÓN MÉDICA.** Es la autorización que otorga el Instituto al proveedor de servicios médicos, ya sea para casos específicos de atención ambulatoria, al ingreso al hospital o al inicio del tratamiento de un Asegurado.

29. **PREEXISTENCIA.** Se entiende como preexistente, 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.

30. **PROVEEDOR AFILIADO.** Es la persona física o jurídica autorizada por el Administrador de Servicios Médicos para otorgar los bienes o servicios de salud.

31. **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.

32. **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.

33. **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) Estar en la fase I, II ó III de experimentación para aprobación, 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 por sus siglas en inglés).

b) No estar 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 por sus siglas en inglés) para la enfermedad en cuestión.

c) Los resultados del tratamiento experimental no han sido publicados en revistas médicas de prestigio, indicando que sean de mayor seguridad y eficacia que el tratamiento convencional, tanto en el corto como en el largo plazo.

d) No estar generalmente aceptado en la práctica médica en el país donde reside el Asegurado o no estar generalmente aceptado a través de la comunidad médica por referencia de uno o más de los siguientes: literatura médica de prestigio, consultas con médicos, AMA (Asociación Médica Americana).

e) Estar descrito como investigativo, experimental, en estudio, o similar en un 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.

34. **GASTOS MÉDICOS MAYORES.** Es todo procedimiento intra o extra hospitalario cuyo costo individual supere los seiscientos mil colones (¢600.000).

35. **GASTOS MÉDICOS MENORES.** Son todos aquellos gastos ambulatorios 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 veinticuatro (24) horas. Además se consideran Gastos Médicos menores a todo procedimiento intra o extra hospitalario que no supere el monto de seiscientos mil colones (¢600.000).

CLÁUSULA (Nº IV). PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

Esta póliza es un seguro de gastos médicos anual renovable. Entrará en vigor a las 0:00 horas del día en que haya sido incluido el riesgo en la póliza, se pague la prima estipulada y presente los documentos de inclusión.

CLÁUSULA (Nº V). COBERTURAS

1. Cobertura A Gastos Médicos Menores:

El monto anual disponible máximo para esta cobertura corresponde a un millón de colones. Se incluyen en esta cobertura los siguientes bienes y servicios:

a. Consulta médica fuera de hospital.
b. Medicamentos, servicios de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, estrictamente necesaria fuera de hospital, prescritos por el médico tratante.

2. Cobertura B Gastos Médicos Mayores

El monto anual disponible máximo para esta cobertura corresponde a diez millones de colones. Se incluyen en esta cobertura los siguientes bienes y servicios:

a. Servicios de Hospitalización

Incluyen los bienes y servicios que se le brinden al Asegurado, cuando se encuentre internado en un hospital como paciente de cama registrado, entre otros:

i. Cuarto privado y alimentación.
ii. Uso de sala de observación, operaciones y sala de recuperación.
iii. Uso de sala para cuidados intensivos o aislamiento y equipo de apoyo utilizados en ésta.

iv. Medicamentos, anestesia, equipo de anestesia y oxígeno.
v. Una visita diaria del médico u odontólogo tratante.
vi. Cuidados de enfermería general o especializada.
vii. Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
viii. Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
ix. Exámenes de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, estrictamente necesarias e indicadas por escrito, de acuerdo con el padecimiento del Asegurado.
x. Sangre y derivados así como su administración.

b. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatoria

Comprenden los procedimientos médico-quirúrgicos, de acuerdo con el diagnóstico; incluye, entre otros, los servicios del cirujano, asistente (s) y anestesista.

c. Cuidados de Enfermería en el Hogar

Incluyen los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería, debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión. La cobertura contempla un máximo de sesenta (60) horas por año póliza.

d. Terapias Especiales

Servicio de radioterapia, lúmino-terapia, láser-terapia, galbano-terapia, quimioterapia, rehabilitación cardíaca, radioterapia por acelerador lineal, sono-terapia, medicina nuclear y medicina del dolor, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.

e. Exámenes Especiales

Estudios neurológicos, pruebas de diagnóstico no tradicionales, laboratorios especiales y estudios cardiovasculares especializados.

f. Rehabilitación Hospitalaria o Ambulatoria

Terapia de lenguaje, terapia física y terapia respiratoria, siempre que sean prescritas por el médico tratante, con un máximo de quince (15) sesiones por año póliza.

g. Aparatos de Apoyo

Las prestaciones que se detallan a continuación, prescritas por el médico tratante para

el tratamiento de:

i. **Enfermedad:**
Aparatos en sustitución o apoyo de órganos naturales o parte de ellos, siempre y cuando, el objetivo principal de su aplicación sea mejorar razonablemente las funciones del organismo y no meramente la apariencia de una parte del cuerpo.

ii. **Incapacidad:**
Pago de alquiler de muletas, silla de ruedas, cama especial para enfermo y otros aparatos similares para el tratamiento de la incapacidad física.

h. Transporte terrestre en ambulancia.
Pago del transporte terrestre en ambulancia de la casa de habitación del Asegurado al Centro Médico y viceversa, o entre Centros Médicos, siempre y cuando sea médicamente justificado.

CLÁUSULA (Nº VI). ELEGIBILIDAD

El Tomador del seguro debe garantizar que las personas aseguradas que figuren en el reporte que sirve de base para la expedición de esta póliza y las futuras inclusiones, pertenecen al grupo asegurado.

Este seguro se emite sin límites en las edades de contratación ni de cobertura siempre y cuando se pague la prima correspondiente.

CLÁUSULA (Nº VII). MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este seguro se establece en modalidad no contributiva.

CLÁUSULA (Nº VIII). SUMA ASEGURADA.

La suma asegurada anual por persona asegurada es de diez millones de colones (¢10.000.000) para Gastos Médicos Mayores y de un millón de colones (¢1.000.000) en Gastos Médicos Menores, previa aceptación del Instituto, sobre la cual se ha efectuado el pago de la prima.

CLÁUSULA (Nº IX). PRIMA.

La prima establecida para esta póliza es de siete mil colones (¢7.000) mensuales por Asegurado Directo.

CLÁUSULA (Nº X). PAGO DE PRIMAS

Para esta póliza se establece una forma de pago mensual.

CLÁUSULA (Nº XII). PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Para este contrato no aplica dicha cláusula.

CLÁUSULA (Nº XIII). COMISIÓN DE COBRO

Para este contrato no aplica dicha cláusula.

CLÁUSULA (Nº XIV). DISPUTABILIDAD

Para este contrato no aplica dicha cláusula.

CLÁUSULA (Nº XV). PERIODO 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, durante los cuales no se podrá hacer uso del mismo, excepto en los casos de accidentes o emergencia.

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

Cobertura	Carencia
Transplantes	Hasta veinticuatro (24) meses consecutivos
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis	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

Cobertura	Carencia
	consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hemorroides y fisura anal	Hasta diez (10) meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	Hasta diez (10) meses consecutivos
Artroscopia, independientemente de cual sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	Hasta diez (10) meses consecutivos
Asma	Hasta diez (10) meses consecutivos

En el caso de la personas que se excluyan del contrato y se vuelven a incluir, los períodos de carencia aplicarían desde la nueva fecha de inclusión.

CLÁUSULA (Nº XVI). DEDUCIBLE

En este contrato se aplica un deducible único por persona de setenta y cinco mil colones (¢75.000) anuales.

CLÁUSULA (Nº XVII). COASEGURO

Se ha definido un coaseguro de 70%-30% para todos los gastos cubiertos excepto lo indicado en las visitas médicas, reguladas en la cláusula de Beneficio Anual por Persona, punto 1. Sublímites, c) Cobertura por visitas médicas.

CLÁUSULA (Nº XXI). EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los riesgos y/o gastos que se detallan a continuación:

1. Riesgos Excluidos:

a. Accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado.

b. 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.

c. Accidentes donde el Asegurado conduzca un vehículo y no cuente con la licencia habilitante (independientemente si se encontrase en la vía pública o no).

d. Accidentes a pilotos o miembros de tripulación de aeronaves mientras se encuentre desempeñando sus funciones laborales.

e. 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.

f. 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.

2. Gastos Excluidos:

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

a. Todo tratamiento no prescrito por un médico u odontólogo.

b. Toda condición preexistente, excepto lo indicado en la cláusula de preexistencias.

c. Controles médicos.

d. Gastos incurridos por complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones no amparados bajo el presente contrato.

e. Tratamientos experimentales.

f. Todo tipo de gasto derivado de maternidad o embarazo.

g. Trastornos, enfermedades o deficiencias emocionales y/o tratamientos por reposo, suicidio o intento de suicidio o lesiones causadas voluntariamente por sí mismo.

h. 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.

i. Bulimia, anorexia nerviosa, fatiga y estrés.

j. Tratamientos y/o consultas para la prevención o curación del alcoholismo, tabaquismo o el uso de drogas ilícitas, así como sus efectos secundarios.

k. Enfermedades, condiciones o padecimientos, que se originen como consecuencia del uso excesivo de alcohol, tabaco o uso de drogas ilícitas.

l. Tranquilizantes o ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos (medicamentos para el insomnio), 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.

m. 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.

n. Alopecia (caída del cabello) independientemente de su causa.

o. 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.

p. Gastos por consulta y/o tratamientos odontológicos, excepto que sea como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

q. 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 craneomandíbular, excepto como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

r. Consultas y/o tratamiento quiropráctico de todo tipo y para toda enfermedad.

s. Consultas y/o tratamientos podiátricos.

t. Consultas y/o tratamientos para pies planos, arcos débiles, pies débiles.

u. Soportes de zapatos y zapatos ortopédicos, salvo cuando sean consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

v. Consultas y/o tratamiento del síndrome pre-menopáusico.

w. Consultas y/o tratamiento del síndrome climatérico, incluyendo ostopenia y osteoporosis.

x. Examen y/o tratamiento de la infertilidad o esterilidad, inclusive tratamientos hormonales o exámenes y todo procedimiento y/o consulta relacionado con ello.

y. Implantación de embriones.

z. Todo tipo de tratamiento y/o consulta de la disfunción eréctil.

aa. Todo tipo de procedimiento o tratamiento para el cambio de sexo.

bb. Enfermedades de transmisión sexual (venéreas), incluyendo al virus del papiloma humano.

cc. 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.

dd. Bienes o servicios recibidos por el Asegurado que hayan sido pagados por otros seguros.

ee. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta segundo grado inclusive de afinidad o consanguinidad.

ff. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta segundo grado), consanguidad (hasta segundo grado) o comercial, como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

gg. 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.

hh. Deducibles y/o coaseguros aplicados en otros seguros sean o no del Instituto.

CLÁUSULA (Nº XXXV). OTROS SEGUROS

Cuando existan otros seguros concurrentes del Instituto, esta póliza opera en exceso de las coberturas otorgadas por otros seguros obligatorios y/o voluntarios que cubran el mismo riesgo, proporcionalmente y hasta por las sumas máximas contratadas.

En caso de que el Asegurado contara con otro u otros seguros de otras compañías de seguros que cubran los mismos riesgos, los importes a reembolsar por el Instituto serán proporcionales entre todos los seguros, sin exceder el cien por ciento (100%) del gasto, para lo cual el Instituto coordinará los pagos con las otras compañías.

De manera adicional a las modificaciones indicadas para las cláusulas anteriormente detalladas, se establecen las siguientes cláusulas especiales, las cuales corresponden según la negociación realizada a fin de ajustar los términos de la póliza.

CLÁUSULA XXXIX. ÁMBITO DE COBERTURA

De conformidad con las condiciones de esta póliza, el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados por servicios médicos, incurridos por el Asegurado en Costa Rica; como resultado de un accidente, emergencia o enfermedad producida durante el período de vigencia de esta póliza y de acuerdo con las cláusulas siguientes.

Asimismo, si el Asegurado recibe atención médica fuera de Costa Rica, se cubrirán por reembolso los gastos incurridos y cubiertos por el seguro, de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados vigentes para Costa Rica y aplicando las condiciones de fuera de red.

CLAUSULA XL MONITOREO DE SINIESTRALIDAD

En el momento en que este contrato refleje una siniestralidad superior al sesenta por ciento (60%) se someterá a negociación entre las partes a fin de determinar las modificaciones contractuales que permitan mejorar la razón de perdida.

CLÁUSULA XLI RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza tiene vigencia anual y su renovación en cada aniversario está garantizada durante la vida del Asegurado, excepto por falta de pago de primas, por declaración falsa y/o inexacta, según se indica en la Cláusula Declaración Falsa y/o Inexacta. La renovación de la póliza estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada aniversario.

El Instituto podrá cambiar las primas de esta póliza en cada fecha de renovación anual, según se demuestre en la respectiva fundamentación actuarial y siempre que no exista una desviación siniestral como la mencionada en la Cláusula XL Monitoreo de la Siniestralidad.

En caso que el Asegurado Directo o el Tomador de seguro no efectúen la renovación de la póliza con el Instituto, éste tendrá la obligación del pago de los reclamos cubiertos con anterioridad al término de la vigencia de la póliza, quedando únicamente en este caso excluidos los siniestros incurridos con fecha posterior a dicha vigencia.

CLÁUSULA XLII MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Sólo la Gerencia, la Subgerencia, la Dirección de Operaciones o las Sedes del Instituto podrán suscribir modificaciones o renuncias, a las condiciones de esta póliza vía Addendum. El Instituto no se responsabiliza por promesas y declaraciones hechas por otras personas o entes no autorizados.

El Asegurado Directo o el Tomador de seguro podrán cambiar el plan de seguro, el intermediario de seguros y la forma de pago a partir del aniversario de la póliza, con previo aviso por escrito de un (1) mes de antelación al Instituto y sujeto a las pruebas de asegurabilidad cuando lo requiera.

CLÁUSULA XLIII BENEFICIO MÁXIMO ANUAL POR PERSONA ASEGURADA

La suma de todos los gastos pagados por el Instituto durante el año póliza de cada Asegurado Directo, no podrá exceder en ningún caso el límite contratado como se indica.

Gastos Médicos Mayores: ¢10.000.000
Gastos Médicos Menores: ¢ 1.000.000.

1. **Sublímites:**

Serán cubiertos los exámenes que se detallan a continuación sujetos al sublímite que se indica:

a. Gastos Médicos Menores: Un máximo de trescientos mil colones (¢300.000) anuales para los siguientes exámenes especiales:

1. Laboratorio: hemograma, hematocrito, hemoglobina, glicemia, glicemia post carga,

colesterol, triglicéridos, fracción HDL, fracción LDL, orina general, ácido úrico, creatinina, nitrógeno ureico y heces.

2. Ultrasonido: de mamas, ginecológico, abdomen general, próstata y tejidos blandos.

3. Radiografía: de tórax, de senos paranasales, de cráneo, de columna, perfilograma y adicionalmente otras radiografías de extremidades superiores e inferiores como mano, pie, codo, radio, hombro, rodilla, tibia y peroné.

b. Gastos Médicos Mayores: Un máximo de ¢1.000.000 anuales para los siguientes exámenes especiales:

1. TAC: de cerebro, de columna vertebral y de abdomen.

2. Resonancias magnéticas.

c. Cobertura por visitas médicas:

El Instituto reembolsará los siguientes montos por visitas médicas:

1. Honorarios de médico general dieciocho mil colones (¢18.000).
2. Honorarios de médico especialista treinta mil colones (¢30.000).

CLÁUSULA XLIV PERSONAS ASEGURADAS

Esta póliza cubre a las siguientes personas:

1. Asegurados Directos. Los médicos incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y que se encuentran activos.

CLÁUSULA XLV 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. Según lo estipulado en la Cláusula XL Monitoreo de la Siniestralidad.

CLÁUSULA XLVI CANCELACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO DIRECTO O TOMADOR DEL SEGURO

Si el Asegurado Directo y/o el Tomador del seguro deciden no mantener este seguro, deberá dar aviso por escrito al Instituto con al menos un mes de antelación a la fecha de cancelación. En tal caso el Instituto cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien en fecha posterior señalada expresamente por el Asegurado Directo y/o Tomador del seguro. La fecha de cancelación no podrá ser anterior a la fecha en que recibe el aviso.

CLÁUSULA XLVII UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Este contrato contiene en el Anexo # 2 el Procedimiento de utilización del seguro y forma de liquidación y pago de beneficios, el cual forma parte del mismo.

CLÁUSULA XLVIII PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

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”.

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.

CLÁSULA XIL OMISIÓN, INEXACTITUD O DECLARACIONES FALSAS

La omisión, inexactitud o declaraciones falsas en que deliberadamente incurra el Asegurado libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya

influido en la valoración del riesgo u ocurrencia del siniestro.

Si la omisión o inexactitud no es intencional, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

CLÁUSULA L. INEFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA

Esta 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 esta cláusula las primas pagadas se darán por totalmente devengadas.

CLÁUSULA LI. SUBROGACIÓN

El Asegurado cederá al Instituto sus derechos frente a terceros respecto a la cuantía de la indemnización que reciba y responderá de todo acto que perjudique la referida cesión. En este sentido, el Asegurado se compromete a ceder oportunamente los derechos que sean necesarios para ejercer eficazmente la subrogación.

CLÁUSULA LII. COMPETENCIA JURISDICCIONAL

Serán competentes para dirimir las discrepancias que pudieran suscitarse entre el Instituto por un lado y el Tomador de seguro, los asegurados y los beneficiarios por otro, los Tribunales de Justicia de la República de Costa Rica.

CLÁUSULA LIII. PREEXISTENCIAS DECLARADAS

1. Para los asegurados que ingresen a partir del 01-06-2012 se cubrirán padecimientos que sean declarados por el Asegurado Directo a partir del 01 de junio del 2014.

2. Para los Asegurados de nuevo ingreso posteriores al 01-06-2012 se establece un período de carencia para Preexistencias Declaradas de dos años a partir de la fecha de inclusión al contrato.

Las enfermedades preexistentes declaradas serán cubiertas siempre que no se encuentren expresamente excluidas en el contrato o en período de carencia y hasta por un monto de dos millones de colones (¢2.000.000) por persona por año póliza. Dicho monto no superará la suma de un millón de colones (¢1.000.000) bajo la cobertura de Gastos Médicos Menores.

En el caso de la personas que se excluyan del contrato y se vuelven a incluir, los períodos de carencia para el aseguramiento de Preexistencias Declaradas aplicarían desde la nueva fecha de inclusión.

CLÁUSULA LIV. DEDUCIBLE Y COASEGURO

La participación máxima anual por evento y/o por enfermedad de cada persona asegurada por concepto de coaseguro y deducible se define en la Cláusula Deducible y Coaseguro de estas Condiciones Particulares.

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 **PRP-LP-A01-312** de fecha **10 de febrero 2012.**

DIRECTOR EJECUTIVO
SEDE INS