

**CONDICIONES PARTICULARES**

Lugar y fecha de emisión: San José	
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA POLIZA</b>	
N° de póliza: 02-01-GFG-00000250	Vigencia: Desde: 01-01-2023 Hasta: 01-01-2024
<b>IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O ASEGURADO</b>	
Nombre del Tomador de Seguro y/o Asegurado: HABITAT FOR HUMANITY INTERNATIONAL.	
Cédula Jurídica o Número de identificación del Asegurado y/o Tomador: 3012222488	
<b>OBJETO DE INTERÉS</b>	
Coberturas indicadas en este documento.	
Suma Asegurada: \$500.000 por persona y a partir de los 70 años \$150.000 por persona	
<b>PRIMA INDIVIDUAL</b>	
Forma de pago: Anual	
Ambito de Cobertura: Internacional	
Moneda: Dólares	
Tipo de Seguro: Colectivo	
Modalidad No Contributiva	

**MEDIOS Y FORMALIDADES DE COMUNICACIÓN**

Para contactar al Instituto puede hacerlo por los siguientes medios:

- Dirección Oficinas Centrales, calle 9 y 9 Bis, Avenida 7. San José.
- Central telefónica del INS 2287-6000.
- Consultas sobre seguros: 800-835-3467 TeleINS.
- Correos: Consultas sobre seguros: [contactenos@grupoins-cr.com](mailto:contactenos@grupoins-cr.com)
- Sugerencias o quejas: [cservicios@grupoins-cr.com](mailto:cservicios@grupoins-cr.com)

También puede comunicarse con su agente de seguros o en cualquier Sede del Instituto en: Liberia, Nicoya, Puntarenas, San Ramón, Cartago, San Isidro del General, Ciudad NeillLy, Turrialba, Limón, Guápiles, Guadalupe, Heredia, Alajuela, Ciudad Quesada, Desamparados, Tibás, San Pedro.

**ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento al Instituto, copia de las condiciones generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones. Las condiciones generales puede accederlas en la dirección electrónica: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com).

**CONDICIONES PARTICULARES**
**TEMAS ADICIONALES**

Este documento incluye los aspectos más relevantes del Seguro Médico Colectivo del INS-TIPO-.

**CONDICIONES QUE DEBE OBSERVAR PARA LA EFECTIVIDAD DEL SEGURO**

La póliza a la cual se encuentra suscrito está sujeta a una serie de condiciones que deben ser observadas para hacer efectivo el seguro, incluyendo la posibilidad de ajustes o variaciones de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales. A continuación, se resumen algunos de los aspectos más importantes:

**I. ASEGURADOS DE LA PÓLIZA**

El grupo asegurable son los empleados de la empresa HABITAT FOR HUMANITY INTERNATIONAL. y sus familiares dependientes.

**II. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

De conformidad con lo acordado con el Tomador del Seguro, se detallan los requisitos de asegurabilidad que deberán aportar los Asegurados que deseen ser incluidos en esta póliza, para las coberturas de Gastos Médicos.

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES Y RESIDENTES PERMANENTES	
EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 65 años	Solicitud de Enrolamiento
De 50 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro y batería de exámenes (**)
(*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Examen médico, Uroanálisis, Perfil de lípidos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.	
(**) Batería de exámenes mayores de 70 años: Examen médico, uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT), Bilirrubina total (directa e indirecta), Creatinina, Perfil de lípidos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).	
Los exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.	
En el caso de Residentes Permanentes, el solicitante debe presentar la copia de la cédula de residencia, sobre la cual el intermediario de seguros o funcionario de la Sede haga constar que tuvo a la vista el original del documento y da fe del mismo mediante su firma y nombre en este documento.	

**REQUISITOS PARA RESIDENTES TEMPORALES**

**CONDICIONES PARTICULARES**

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

**RESIDENTES TEMPORALES**

EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
Hasta los 65 años	Solicitud de Enrolamiento
De 50 a 70 años	Solicitud de seguro y batería de exámenes (*)
De 70 años en adelante	Solicitud de seguro y batería de exámenes (**)

(\*) Batería de exámenes, hasta 70 años inclusive: Examen médico, Uroanálisis, Perfil de lípidos, Glicemia en ayunas y Antígeno prostático (para hombres), Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular.

(\*\*) Batería de exámenes mayores de 70 años: Informe del médico de cabecera sobre las enfermedades que le ha tratado o le está tratando, Examen médico, Uroanálisis, Test de Elisa, Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular, Glicemia en ayunas, Enzimas hepáticas (ALT, AST, GGT), Bilirrubina total (directa e indirecta), Creatinina, Perfil de lípidos, Antígeno prostático (hombres), Examen de sangre oculta en heces (Guayaco).

Nota: A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (cuestionario de alcoholismo, asma, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, uso de bebida alcohólicas).

A excepción del informe del médico de cabecera, los demás exámenes corren por cuenta del Instituto y únicamente deben realizarse con proveedores autorizados. Cualquier otro examen o prueba adicional que se requiera para la selección de riesgos será pagada por el solicitante.

Nota: En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente.

**Residente en el Exterior:**

**Colectivo: Es asegurable solamente en pólizas colectivas no contributivas donde la empresa cuenta con empleados extranjeros trabajando también en el exterior.**

**CONDICIONES PARTICULARES**

**En este caso las pruebas de asegurabilidad que se soliciten corren por cuenta del solicitante, así como el proceso de consularización de los mismos.**

**III. RESIDENCIA TEMPORAL**

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

Los recargos a aplicar son los siguientes:

**a. Póliza Familiar:**

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

**b. Póliza Unipersonal:**

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

En Latinoamérica no aplica recargo excepto en Argentina.

También aplica recargo bajo los siguientes casos:

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

Si el Asegurado o Tomador del Seguro no informan al Instituto sobre su cambio de residencia temporal en el extranjero, la persona se excluirá, procediéndose a la devolución de la prima no devengada que correspondiera, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al conocimiento de dicha situación. La devolución procederá siempre que no existan reclamos pagados durante la vigencia de la póliza.

## CONDICIONES PARTICULARES

## IV. CUADRO DE BENEFICIOS

A continuación, se describen las coberturas suscritas para esta póliza, así como la suma asegurada elegida para cada una de las coberturas descritas o bien el beneficio que otorgan. Mediante el Anexo de Coberturas se brinda el alcance de cada cobertura.

**Nota importante:** La suma asegurada en las coberturas básicas y opcionales no puede superar el total del beneficio máximo anual asegurado indicado en estas Condiciones.

<b>Beneficio Máximo Anual por Asegurado</b>	Anual Renovable	<b>\$500.000</b>
<b>Beneficio Máximo Anual por Asegurado a partir de los 70 años</b>	Anual Renovable	<b>\$150.000</b>
<b>ESQUEMA DE DEDUCIBLE ANUAL, COPAGO Y COASEGURO CONTRATADO</b>		
<b>Modalidad</b>	Colectiva	
<b>Ámbito de Cobertura</b>	Internacional	
<b>Deducible Anual por Persona</b>	No aplica	
<b>Costos máximos a pagar por consulta ambulatoria</b>		
<b>Costa Rica</b>	Máximo por consulta General: de acuerdo con el costo de servicios médicos	Máximo por consulta Especialista: de acuerdo con el costo de servicios médicos
<b>Fuera de Costa Rica</b>	Costo de servicio médico.	
<b>Copagos</b>		
<b>Copago en Gastos Ambulatorios</b>	Dentro de Red Costa Rica y Centroamérica: Consultas \$10 por cada visita al médico (Atención Médica Primaria no aplica copago). Fuera de Red Costa Rica y Centroamérica: Consultas \$20 por cada visita al médico. En los demás países: \$30 por cada visita al médico.	
<b>Copago por Hospitalización</b>	En Costa Rica, Centroamérica y en los demás países dentro de la red de proveedores copago hospitalario del primer día de tarifa de habitación.  En Costa Rica y Centroamérica fuera de la red de proveedores copago hospitalario del primer día de tarifa de habitación con un mínimo de \$200.  En los demás países fuera de la red de proveedores copago hospitalario del primer día de tarifa de habitación con un mínimo de \$1.000.	
<b>Tarifas máximas por hospitalización (cuarto normal y cuidados intensivos)</b>		
<b>Tarifa diaria máxima de cuarto normal fuera de red:</b> \$400 en Costa Rica y Centroamérica / \$1000 en el Resto del Mundo		
<b>Tarifa diaria máxima de cuarto de cuidados intensivos fuera de red:</b> \$800 en Costa Rica y Centroamérica / \$1500 en el Resto del Mundo		

## CONDICIONES PARTICULARES

Coaseguro			
Gastos ambulatorios (excepto consultas ambulatorias)			
Dentro de Red de Proveedores (pago directo)		Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)	
Costa Rica y Centroamérica		Costa Rica y Centroamérica	
0% coaseguro Atención Médica Primaria		20% coaseguro	
10% coaseguro Dentro de Red			
En los demás países		En los demás países	
10% coaseguro		30% coaseguro	
Atención mediante la Red de Servicios de Salud del INS, cobertura al 100%.			
Servicio de medicina virtual incluido			
Gastos hospitalarios			
Dentro de la Red de Proveedores (pago directo)		Fuera de la Red de Proveedores (reembolso)	
Costa Rica y Centroamérica		Costa Rica y Centroamérica	
10% coaseguro		20% coaseguro	
En los demás países		En los demás países	
Preatorizado 20%		30% coaseguro	
<b>Importante:</b> Todos los gastos médicos con montos iguales o superiores a \$300 deberán ser pre-autorizados por el INS, a excepción de los medicamentos, estos no requieren pre-autorización y se pagarán vía reembolso.			
Coberturas Básicas	Monto asegurado anual	Participación del asegurado	Período de carencia
Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	\$500.000	Deducible: No aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	A partir de la inclusión del Asegurado en la póliza no se podrá hacer uso del seguro, excepto en los casos de accidentes o emergencia. Se elimina de esta excepción aquellos asegurados que presenten casos de emergencia a consecuencia de enfermedades preexistentes y/o sean enfermedades que establezcan períodos de carencia. Se determina 30 días naturales en Costa Rica y Centroamérica 60 días naturales fuera de la región.
Gastos médicos por hospitalización y cirugía	\$500.000	Deducible: No aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	

**CONDICIONES PARTICULARES**

Prótesis Quirúrgicas	Hasta \$500.000 por año póliza	Deducible: No aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.
Prótesis Quirúrgicas a partir de los 70 años	Hasta \$150.000 por año póliza	Deducible: No aplica Coaseguro: Sí aplica Copago: Solo consultas	30 días en Costa Rica, Centroamérica y 60 días en el resto de la región.

**Parámetros de servicio**

Gastos ambulatorios por accidente	Cubierto al 100% las primeras 24 horas de ocurrido el accidente. En este rubro no aplica período de carencia.
Laboratorio, rayos X, exámenes especiales	Aplicación de coaseguro según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Honorarios quirúrgicos, de asistente (máximo 20% de los honorarios aprobados para el cirujano) y anestesiólogo (máximo 30% de los honorarios aprobados para el cirujano)	Aplicación de coaseguro según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Sala de operaciones, de recuperación, suministros hospitalarios, medicamentos intrahospitalarios	Aplicación de coaseguro según red utilizada, al costo de los servicios médicos.
Visita médica intrahospitalaria de especialista	Aplicación de coaseguro según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria / Máximo cubierto \$150 por médico
Visita médica intrahospitalaria de especialista en unidad de cuidados intensivos	Aplicación de coaseguro según red utilizada, al costo de los servicios médicos. Una visita diaria/Máximo cubierto \$300 por médico

**Detalle de Coberturas**

<b><u>Coberturas opcionales</u></b>	<b><u>Monto máximo</u></b>	<b><u>Período de carencia</u></b>
Parto Normal, Aborto	\$3.000	13 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> No aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Complicaciones durante el embarazo	\$1.500	13 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> No aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Cesárea o parto múltiple	\$3.500	13 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> No aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido.	Hasta \$25.000 Terapias \$2.500	Parto cubierto: no aplica carencia Parto no cubierto: exclusión a menos que esté declarado y haya suscrito la cobertura de preexistencias
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	

## CONDICIONES PARTICULARES

Prematurez	Hasta \$100.000 Terapias \$10.000	Parto cubierto: no aplica carenia Parto no cubierto: exclusión a menos que esté declarado y haya suscrito la cobertura de preexistencias
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Trasplante de órganos <b>-Monto Vitalicio-</b>	\$200.000	24 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Trasplante de órganos, a partir de los 70 años <b>- Monto Vitalicio -</b>	\$65.000	24 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Aparatos de apoyo	Hasta \$10.000	30 días y según el padecimiento
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Acompañante de menor hospitalizado	\$100 diarios / Máximo 6 días	30 días desde la inclusión en la póliza
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Terapias	Máximo 20 sesiones por evento	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Tratamientos de alergias	Hasta el monto asegurado contratado. Panel máximo \$150	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Tratamiento de enfermedades mentales	Hasta \$1.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Enfermedades epidémicas o pandémicas	Hasta \$10.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Deportes	Hasta \$10.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> Solo consultas	
Práctica competitiva de fútbol	Hasta \$10.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica

## CONDICIONES PARTICULARES

	<b>Copago: Solo consultas</b>	
Práctica recreativa de buceo	Hasta \$500.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: Sí aplica</b>
	<b>Copago: Solo consultas</b>	
Práctica recreativa de buceo a partir de los 70 años	Hasta \$150.000	30 días en CR - Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: Sí aplica</b>
	<b>Copago: Solo consultas</b>	
Transporte en ambulancia terrestre	Al 100% según anexo de coberturas	30 días según el padecimiento
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: Sí aplica</b>
	<b>Copago: No aplica</b>	
Transporte en ambulancia aérea	Hasta \$25.000 por año póliza	30 días y según el padecimiento
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: Sí aplica</b>
	<b>Copago: No aplica</b>	
Asistencia al viajero	Según anexo, Hasta \$10.000 por viaje (sólo coordinado con la red)	No aplica carencia
Evacuación y/o repatriación por razones médicas	Según contrato	60 días
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: Sí aplica</b>
	<b>Copago: Sí aplica</b>	
Repatriación de restos mortales	\$5.000	60 días
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: No aplica</b>
	<b>Copago: Sí aplica</b>	
Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad (máximo 10 días monto fijo)	\$100 Diarios	60 días
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: No aplica</b>
	<b>Copago: Sí aplica</b>	
Transporte por evacuación	100%	30 días y según el padecimiento
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: No aplica</b>
	<b>Copago: No aplica</b>	
Chequeo general (todo el grupo)	Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la primera renovación
	<b>Deducible, coaseguro: No aplica</b>	
Chequeo oftalmológico (todo el grupo)	Sólo pre-autorizado y por la red.	A partir de la inclusión del asegurado a la póliza
	<b>Deducible, coaseguro: No aplica</b>	
Lentes o anteojos Todo el grupo	Hasta \$100 por año póliza	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible: No aplica</b>	<b>Coaseguro: Sí aplica</b>
	<b>Copago: No aplica</b>	

## CONDICIONES PARTICULARES

Cobertura odontológica de emergencia	Según se especifica en el Anexo de Coberturas	No aplica carencia
	<b>Deducible, coaseguro, copago:</b> No aplica	
Cobertura de preexistencias	Hasta \$500.000	12 meses
	<b>Deducible:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
	<b>Copago:</b> No aplica	
Psicología	Máximo \$60 cada consulta. Hasta 04 consultas al año.	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible, coaseguro:</b> No aplica	<b>Copago:</b> Sí aplica
Muerte	Hasta \$3.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible, coaseguro, copago:</b> No aplica	<b>Coaseguro:</b> Sí aplica
Sepelio	Hasta \$3.000	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible, coaseguro, copago:</b> No aplica	
Liberación del pago del seguro por fallecimiento del Asegurado Directo	Según contrato	30 días en CR -Centroamérica y 60 días fuera de la región
	<b>Deducible, coaseguro, copago:</b> No aplica	

**Notas:**

1. El período de carencia aplica a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.
2. Las coberturas opcionales se deducen del monto asegurado indicado para la (s) cobertura (s) básica (s), es decir el monto total cubierto no podrá exceder el monto asegurado que se indica para las Coberturas Básicas.

**V. TIPO DE ASEGURAMIENTO GRUPAL**

La Selección grupal permite la emisión de un seguro colectivo sin una selección de riesgos individual. Esta selección grupal se otorga a grupos homogéneos, donde ingresan todos los empleados.

Se establece un período de enrolamiento de treinta días naturales, durante los cuales deben incluirse todos asegurados. Estos miembros deben estar activamente trabajando en la empresa.

**v.1 Formularios**

- i. Asegurados de 18 a 65 años: completarán solamente el formulario de Enrolamiento junto con la boleta de consultas para expedientes (ver anexos). **Deberán declarar adicionalmente al formulario de enrolamiento, las enfermedades de alto impacto (según anexo). Para estos casos, se definirá la condición en que se aseguraría. Si no se declaran no serán objeto de cobertura. En caso de que se presenten riesgos "No Asegurables", los mismos no serán objeto de cobertura.**

### CONDICIONES PARTICULARES

- ii. Asegurados mayores de 65 años: deben completar la solicitud de seguro junto con la boleta de consultas para expedientes (ver anexos). Adicionalmente, los requisitos de asegurabilidad según tabla de requisitos estándar para el seguro y se someterán al proceso de selección de riesgos individual.

#### v.2 Preexistencias:

- i. Las preexistencias se determinarán en el momento del reclamo.
- ii. Se cubrirán las preexistencias siempre y cuando no sean exclusiones del contrato ni se encuentren en el periodo de carencia.
- iii. En caso de que se presenten riesgos "No Asegurables", los mismos no serán objeto de cobertura.
- iv. Se cubrirán las preexistencias una vez superado el período de **carencia 12 hasta meses**, contados a partir de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
- v. Las preexistencias tendrán cobertura hasta por el monto asegurado de la póliza
- vi. En caso de que se presente un diagnóstico que corresponda a una cobertura sublimitada, se indemnizará con el monto menor ya sea del sublímite o de la cobertura de preexistencia.

#### V.3 Reconocimiento de Períodos de Carencia (Continuidad)

Para los asegurados que ingresen a partir de la emisión de este contrato (no cuentan con seguro de gastos médicos vigente), aplicarán los períodos de carencia definidos en el contrato. (Sin continuidad).

Para los asegurados que cuentan con seguro vigente de gastos médicos, se reconocerá el tiempo transcurrido para los períodos de carencia, excepto para la cobertura de Trasplantes, mismo que es de veinticuatro (24) meses a partir de la inclusión del asegurado en la póliza.

Para la cobertura de chequeos aplicará lo siguiente:

1. Asegurados actuales (con seguro vigente): aplica el chequeo a partir de la inclusión.
2. Asegurados nuevos (que ingresen a partir de la emisión de este contrato): se cubren los chequeos a partir de **la primera renovación del contrato**. Dicho período rige a partir de la inclusión del asegurado en la póliza.

### VI. PAGO DE PRIMAS

Si el Tomador selecciona una forma de pago diferente de la anual, deberá efectuar el pago de una suma adicional correspondiente al recargo por pago fraccionado, según se detalla en el cuadro adjunto y en el formulario Solicitud de Seguro.

Forma de Pago	Porcentaje de Recargo	Forma de Cálculo de la prima
Mensual	5%	Prima anual *1.05/12
Trimestral	4%	Prima anual *1.04/4
Semestral	3%	Prima anual *1.03/2
Anual		No incluye recargo

**CONDICIONES PARTICULARES**
**VII. DESCUENTOS POR VOLUMEN DE ASEGURADOS**

El Instituto podrá definir un descuento a la prima según el volumen de asegurados que se registre en una póliza, según el siguiente cuadro y de conformidad con la negociación efectuada.

Descuentos por cantidad de Asegurados	
Cantidad de Asegurados	Rango de descuento
0-20	0%
21-50	De 0% hasta 5%
51-75	De 0% hasta 7,5%
76-100	De 0% hasta 10%
101-200	De 0% hasta 12,5%
201-500	De 0% hasta 15%
501 -1000	De 0% hasta 17,5%
1001 -5000	De 0% hasta 20%
Más de 5000	De 0% hasta 22,5%

**VIII. PERIODOS DE GRACIA**

Si el Tomador selecciona una forma de pago diferente de la anual, podrá gozar de un período de gracia de acuerdo con la siguiente tabla:

Forma de Pago	Forma de Cálculo de la prima
Mensual	10 días hábiles
Trimestral	10 días hábiles
Semestral	10 días hábiles
Anual	20 días hábiles

**IX. EDADES DE CONTRATACIÓN Y COBERTURA**

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
Asegurado Directo	A partir de los 18 años	Sin límite o a la edad pactada
Cónyuge o conviviente	A partir de los 18 años	Sin límite o a la edad pactada
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Sin límite o a la edad pactada
Hijos no nacidos en el seguro	A partir de los 31 días de nacidos.	Sin límite o a la edad pactada
Hijos, mayores de edad	Sólo si padecen una condición especial (de salud o mental) que justifique la dependencia económica y	Sin límite o a la edad pactada

## CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado	Edad de contratación	Edad máxima de cobertura
	según se haya pactado con el Tomador del Seguro.	
Otro asegurado (padres o hermanos, ahijados o sobrinos del asegurado Directo)	Padres (a partir de los 18 años) Hermanos, ahijados o sobrinos (desde el nacimiento)	Sin límite o a la edad pactada

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

## X. PERIODOS DE CARENCIA

Adicionalmente, a los períodos indicados en el cuadro de coberturas y beneficios se establecen los siguientes períodos de carencia donde a partir de la inclusión del Asegurado en la póliza, no se cubrirán gastos relacionados con tratamientos, servicios, cirugías, órganos, enfermedades, procedimientos, consultas o suministros proporcionados que se relacionen con los diagnósticos indicados en el cuadro adjunto.

Estos períodos de carencia No aplican para los casos de accidentes o emergencia. **No obstante, si la emergencia o accidente es a consecuencia de una enfermedad congénita o hereditaria, enfermedad preexistente/enfermedad preexistente no declarada, deberán superar el período de carencia establecido en el siguiente cuadro:**

Cobertura	Carencia
Enfermedades	30 días en Costa Rica y Centroamérica. 60 días resto del mundo
Maternidad	13 meses consecutivos
Trasplante de Órganos	24 meses consecutivos
Catarata, glaucoma	10 meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastía, sinusitis, nariz, senos paranasales, asma	10 meses consecutivos
Enfermedades de la tiroides	10 meses consecutivos
Litiasis vesicular y/o de las vías biliares	10 meses consecutivos
Litiasis del sistema urinario, y/o sus complicaciones	10 meses consecutivos
Enfermedad de la próstata	10 meses consecutivos
Enfermedades del aparato genital femenino, mamas y prolapsos genitourinarios	10 meses consecutivos

**CONDICIONES PARTICULARES**

Hemorroides y fisura anal	10 meses consecutivos
Hernias de todo tipo y localización, independientemente de que se produzcan a causa de accidente o emergencia	10 meses consecutivos
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	10 meses consecutivos

**Asimismo, el Instituto brindará cobertura a los gastos médicos que se erogan por los padecimientos indicados, una vez superado el período de carencia, aún cuando el diagnóstico se realice durante dicho período.**

**XI. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS**

- **Cobertura de Gastos Médicos**

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá presentar al Instituto dentro del plazo establecido por ley de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario, lo siguiente:

**1. Gastos Médicos:**

- El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- Facturas originales (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- Comprobantes de pago en caso de que se requieran.
- Prescripciones y recetas médicas.
- Resultados de los exámenes, epicrisis y cualquier información médica relacionada.
- El Asegurado debe firmar el formulario “Autorización para consulta de expediente”.

**2. Gastos Médicos por odontología en caso de accidente:**

- El Formulario “Solicitud de Beneficios” debidamente cumplimentado.
- Facturas originales (en el caso de Costa Rica, autorizadas según Ministerio de Hacienda)
- Prescripciones y recetas médicas.
- Radiografía previa al tratamiento en donde en caso de fractura se constate la existencia de la fractura.
- Copia de la ficha odontológica completa.
- Radiografía posterior al tratamiento.

**XII. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS**

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de

**CONDICIONES PARTICULARES**

la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A01-694 V5** del **22 de diciembre del 2022**.