



SEGUROS DE SALUD COLECTIVOS INS MEDICAL

1. ¿Qué es INS Medical Regional?

Es un seguro de Gastos Médicos del Instituto Nacional de Seguros, diseñado para cubrir los gastos médicos incurridos por enfermedades o accidentes, ofreciendo protección dentro de Costa Rica, Centroamérica y todo el mundo. Se puede contratar de forma COLECTIVA, el número mínimo de asegurados en el seguro colectivo es de 10 (diez) asegurados directos:

1.1. Contributiva: Los miembros del grupo asegurado contribuyen con parte o la totalidad de la prima.

1.2. No contributiva: El Tomador del seguro paga la totalidad de la prima

Los seguros colectivos deben pasar por un análisis previo en el Instituto Nacional de Seguros, para poder brindar las primas correspondientes al colectivo.

2. Seguros INS MEDICAL y montos asegurados:

2.1. INS MEDICAL REGIONAL: la cobertura es de \$200.000,00 por persona anual, a partir de los 70 años la cobertura baja a \$60.000,00 en Costa Rica y Centroamérica. Actualmente se aplican deducibles anuales de \$200, \$300, \$400, \$500 y \$1000 por persona.

2.2. INS MEDICAL INTERNACIONAL: la cobertura es de \$2.000.000,00 por persona anual, a partir de los 70 años la cobertura baja a \$600.000,00 en Costa Rica y todo el mundo. Actualmente se aplican los deducibles de \$200, \$300, \$400, \$500 y \$1000 por persona.

2.3. INS MEDICAL GRANDES DEDUCIBLES: La cobertura es de \$2.000.000,00 por persona anual, a partir de los 70 años la cobertura baja a \$600.000,00 en Costa Rica y todo el mundo. Actualmente se aplican deducibles anuales de \$5.000 y \$10.000 por persona.

3. ¿Cómo funcionan los deducibles?

El deducible aplica por persona por año póliza; que una vez superado (como gastos contabilizados, pero no sujetos de cobertura) se podrá hacer uso de la póliza normalmente. El cómputo o registro de deducible es POR PERSONA POR AÑO POLIZA, se van presentando los gastos incurridos y los mismos se van sumando hasta pasar el deducible, ya pasado la póliza comenzara a reembolsar. Si el asegurado tramita un reclamo se le debe aplicar el copago y un coaseguro, explicamos cada uno:

COPAGO - es un monto fijo o porcentaje que debe asumir el asegurado directamente al recibir los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por la póliza. En lo específico, debe asumir: \$ 5 por cada factura de medicamentos; \$ 20 por cada consulta médica y por hospitalización el equivalente al primer día de tarifa de habitación.

COASEGURO – se define como el porcentaje de los gastos cubiertos por este seguro, que le corresponde asumir al asegurado, el mismo va a depender del proveedor del INS de su preferencia.

4. ¿Qué me cubre el seguro?

- a. Cobertura de gastos médicos y ambulatorios.
- b. Cobertura de gastos médicos sujetos a sublímites:

Gastos médicos sujetos a sublímites	▪ Maternidad
	▪ Trasplantes
	▪ Prótesis quirúrgicas y aparatos de apoyo
	▪ Enfermedades congénitas del recién nacido
	▪ Prematurez
	▪ Enfermedades epidémicas y pandémicas
	▪ Prácticas recreativas de buceo y fútbol
	▪ Ambulancia aérea
	▪ Deportes
	▪ Tratamientos médicos para enfermedades mentales o trastornos nerviosos

- c. Cobertura de gastos médicos sujetos a condiciones especiales:

Gastos médicos sujetos a condiciones especiales	▪ Gastos ambulatorios por accidentes
	▪ Transporte por evacuación
	▪ Emergencias durante viajes en el extranjero
	▪ Evacuación y/o repatriación por razones médicas
	▪ Repatriación de restos mortales
	▪ Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad
	▪ Gastos médicos en el extranjero

- d. Cobertura de asistencia al viajero.
- e. Cobertura de Chequeos, a partir de la primera renovación anual del seguro, se cubre un chequeo general y oftalmológico anual, hasta por el límite que otorga el plan, únicamente a través de la Red de Proveedores.
- f. Cobertura por fallecimiento.
- g. Cobertura dental por accidente y/o emergencia

5. ¿Cuál es la edad de contratación?

ASEGURADO	EDAD CONTRATACIÓN	EDAD COBERTURA
Asegurado directo	A partir de los 18 años	Sin límite
Cónyuge	A partir de los 18 años	Sin límite
Hijos no nacidos en el seguro (dependientes)	31 días de nacido a 24 años	Hasta los 25 años
Hijos nacidos en el seguro	Desde el nacimiento	Hasta los 25 años

6. Formas de pago: se pueden realizar trimestral o semestralmente.

7. Requisitos de aseguramiento:

- Solicitud de seguro debidamente cumplimentada por el cliente.
- Cédula de identidad de las personas asegurar, copia de constancia de nacimiento y matrimonio si se incluye hijos y conyugue.
- Llenado de Conozca su cliente.
- Llenado de V7 y revisión de expediente.
- A criterio del Selector de Riesgos, se solicitarán pruebas médicas o no médicas. Se establece la siguiente tabla de requisitos de asegurabilidad:

Costarricenses y Residentes Permanentes	
Edad del Solicitante	Pruebas requeridas
Hasta los 55 años	Solicitud de seguro
Más de 55 años	Solicitud de seguro y exámenes

8. Períodos de carencia: Se denomina PERIODO DE CARENIA, al plazo o periodo de tiempo, posterior a la entrada en vigencia del seguro, en el cual existen limitaciones de **NO uso de la póliza** o de espera para su uso de algunos eventos médicos. De tal forma que después de emitida la póliza en **los primeros 30 días para atenciones en Costa Rica y Centro América; y de 60 días para atenciones en los demás países, NO se puede hacer uso del seguro, excepto en caso de accidentes o emergencias, tal como se define en el Contrato.**

Periodo de Carencia – Coberturas

*Maternidad o embarazo	Hasta diez (13) meses consecutivos
Catarata, glaucoma	Hasta diez (10) meses consecutivos
Procedimiento sobre amígdalas o adenoides, cornetes, septumplastia, 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 prolapso 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
Enfermedades o accidentes de la rodilla, independientemente de cuál sea el padecimiento, accidente o emergencia que la amerite	Hasta diez (10) meses consecutivos
Asma	Hasta diez (10) meses consecutivos

** Para el trasplante de órganos, aplica un período de carencia de 24 meses. Es decir NO se cubre hasta después de 24 meses. Sin embargo si el diagnóstico de trasplante se da en los primeros 60 días de vigencia de la póliza, el trasplante NO será sujeto de cobertura del todo.**

¡Cuide la salud de su familia, tome un seguro de gastos médicos!

Para más información escribanos a: info@queossegueros.com