



I. Coberturas

Esta póliza ampara los accidentes que sufra el Asegurado durante las veinticuatro (24) horas del día.

1. Coberturas Básicas

- a) Muerte Accidental: El Instituto pagará la suma asegurada, menos los montos pagados previamente por concepto de incapacidad total permanente o incapacidad parcial permanente cuando el Asegurado fallezca por causas accidentales.
- b) Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente: El Instituto pagará, en un solo tracto, la suma correspondiente al porcentaje de incapacidad permanente basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada en la Cláusula de Tabla de indemnizaciones por incapacidad total o parcial permanente por accidente de esta póliza. El monto asegurado por esta cobertura podrá ser una suma igual o hasta el doble de la suma asegurada en la cobertura de Muerte Accidental.

2. Coberturas Adicionales

Las coberturas adicionales podrán ser contratadas a elección del Tomador del seguro y deben indicarse en las Condiciones Particulares:

- a) Gastos Médicos por Accidente: La suma máxima a asegurar en esta cobertura será el equivalente a un diez por ciento (10%) del monto asegurado de la cobertura de Muerte Accidental a la fecha de emisión y se indicará en las Condiciones Particulares de esta póliza.

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto suscrito en la Solicitud, el Instituto cubrirá los gastos médicos al costo razonable y acostumbrado del mercado, incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de este seguro, de conformidad con la Cláusula Cobertura de Gastos Médicos por accidente.

El Asegurado o el beneficiario podrán hacer uso de las coberturas antes enumeradas, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un (1) año, contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo siempre que el accidente haya ocurrido dentro de la vigencia del contrato.

El Instituto pagará los gastos médicos derivados de un accidente cubierto por esta póliza, por un período máximo de dos (2) años, contados a partir de la fecha del primer gasto o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero, independientemente de que el plazo de vigencia de esta póliza hubiere terminado.

Los gastos médicos por accidente se indemnizarán de la siguiente manera:



1. Accidentes que no sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza, cuenta con libre elección médica. El Instituto pagará los honorarios de médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren necesarios para diagnosticar y tratar las lesiones sufridas en un accidente. Estos honorarios se pagarán con base en los costos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado.

Deducible

Para la cobertura de gastos médicos por accidentes que no sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas, se aplicará al total de gastos presentados un deducible del diez por ciento (10%) con un mínimo de ₡5.000,00 (cinco mil colones), por cada persona y por cada accidente.

2. Accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas

En caso de que el Asegurado incurra en gastos médicos producto de un accidente cubierto por la póliza en la práctica de actividades deportivas ya sea de manera recreativa o en competencia, cuenta con libre elección médica o bien, puede utilizar los servicios de las instalaciones de INS Salud o de los Centros Médicos Regionales del Instituto.

El Instituto reembolsará las prestaciones de este seguro, de acuerdo con los términos que a continuación se detallan:

A. Utilización de servicios por libre elección médica

El Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir atención en el hospital o clínica de su preferencia.

Los gastos en que éste incurra serán indemnizados por el Instituto de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado, sujeto a las siguientes condiciones:

a. Deducible y coaseguro

i. Primero se aplica un deducible del diez por ciento (10%) al total de los gastos con un mínimo de ₡5.000,00 (cinco mil colones).

ii. Posteriormente se aplica, un coaseguro del veinte por ciento (20%) en los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.

b. Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente, se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.

c. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente



manera:

- i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio, hospital o clínica más cercano o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura, se autoriza una segunda atención. En este caso se aplicará solamente el diez por ciento (10%) de deducible.
- ii. No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente. Si la segunda consulta no es por fractura, se aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
- iii. El número de sesiones de rehabilitación se limita a diez (10) por accidente, máximo veinte (20) por año póliza, indistintamente del número de eventos presentados por el Asegurado. Cuando en un mismo evento se requieran más de diez (10) sesiones, deberá solicitarse de previo autorización al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de veinte (20) sesiones indicado. A todas las terapias se le aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
- iv. Para el pago de los inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos se aplicará, al costo razonable y acostumbrado, un deducible del diez por ciento (10%) y un coaseguro del cuarenta por ciento (40%).
- v. Se consideran dentro de las especialidades de medicina del deporte y ortopedia los problemas relacionados con músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, bursas, meniscos y cartílagos.

B. Utilización de servicios en INS Salud o Centros Médicos Regionales del Instituto

El Asegurado puede optar por recibir atención médica en INS Salud o cualquiera de los Centros Médicos Regionales del Instituto, para lo cual se procederá de la siguiente manera:

- a. Para la atención del Asegurado, éste debe presentar una orden de atención médica extendida por alguna Sede del Instituto, sujeto a las siguientes condiciones:
 - i. No se limita la cantidad de consultas.
 - ii. No se aplicará deducible ni coaseguro.
- b. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionadas con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:
 - i. La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio o clínica más cercana o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura se autoriza una segunda atención.
 - ii. El tratamiento subsecuente podrá realizarse en INS-Salud, en los Centros Médicos Regionales del Instituto o mediante libre elección médica del Asegurado.



iii. Los beneficios se aplicarán de la siguiente manera, siempre y cuando el monto asegurado lo permita:

- 1) No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.
- 2) INS-Salud, previa valoración y prescripción médica, suministrará los inmovilizadores y estabilizadores, tales como: rodilleras, tobilleras, muñequeras, coderas, fajas lumbares, musleras, soportes de cadera u otros implementos ortopédicos.
- 3) Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, hacia INS Salud. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:
 - a) Por transporte automotor, los cuales serán reconocidos de acuerdo con las tarifas autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transporte (M.O.P.T).
 - b) Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos por acuerdos de Junta Directiva para el régimen de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores.

Si el paciente es menor de edad, se cubrirán además los gastos de un acompañante. No se reconocerán viáticos si el traslado es dentro del Gran Área Metropolitana.

Dichos rubros serán deducidos de la cobertura de Gastos Médicos, sin la aplicación del deducible y coaseguro.

¿Cuándo termina la cobertura de su seguro?

Esta póliza terminará para cada uno de los asegurados cuando se presente alguna de las siguientes causas:

1. Solicitud expresa del Tomador del seguro con treinta (30) días naturales de anticipación a su vencimiento.
2. El Instituto compruebe la declaración falsa o inexacta del Tomador del seguro de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Omisión y/o Inexactitud de la póliza.
3. En el caso de los seguros colectivos, cuando el grupo asegurado cuente con menos de diez (10) personas.
4. Los hijos del Asegurado cumplan la edad de veinticinco (25) años.
5. Por falta de pago de primas.

Procedimiento en caso de siniestro

Para gozar de la cobertura de esta póliza, el Tomador del seguro, o Beneficiario cuenta con noventa (90) días naturales posteriores a la fecha del accidente para la presentación de los requisitos que se enumeran de seguido.

Dicho plazo podrá ampliarse por el Instituto siempre que el Tomador del seguro o



Beneficiario demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

En toda reclamación deberá comprobarse a satisfacción del Instituto y por cuenta del reclamante la ocurrencia del siniestro; así como la erogación de los gastos. Para ello, deberá aportar los siguientes requisitos:

1. Cobertura de Gastos Médicos

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información médica del Asegurado el trámite del reclamo será realizado por él directamente, sin intervención del Tomador del seguro.

- a. El formulario Solicitud de Beneficios debidamente cumplimentado y el certificado del médico tratante, con el diagnóstico y la evolución en tiempo (días).
- b. Las facturas originales y canceladas de los gastos efectuados, con el detalle de cada uno de los bienes y/o servicios recibidos por el Asegurado y el costo respectivo, deberán ser aportados al momento de presentar la reclamación.
- c. Recetas de medicamentos, prescripciones y resultados de exámenes de laboratorio, radiológicos u otro examen para diagnóstico.
- d. El Asegurado o su representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.
- e. Adicionalmente, para los accidentes que sean consecuencia de la práctica de actividades deportivas se debe presentar copia del Expediente Médico del asegurado confeccionado y firmado por el médico tratante.

2. Cobertura de Fallecimiento por Accidente

- 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 de ambos lados del documento de identificación, tanto del beneficiario como del fallecido (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- d. Copia del expediente judicial certificado que contenga la descripción de los hechos y las pruebas de laboratorio forense sobre alcohol (OH) o tóxicos en la sangre.
- e. El Beneficiario debe firmar la boleta de autorización para revisión o reproducción física de los expedientes clínicos o administrativos de la CCSS, Clínica de Medicina Legal, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Seguros u otros Centros o Clínicas donde el



Asegurado fue atendido.

f. Si el fallecimiento se presenta fuera de Costa Rica, debe aportar, además: la Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir). Este documento debe entregarse debidamente consularizado.

3. Cobertura de Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por Accidente

- a. Carta del Asegurado solicitando la indemnización.
- b. Fotocopia del documento de identificación (en caso de menor de edad debe presentar el certificado de nacimiento).
- c. Diagnóstico médico en el que se determine que, por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental por el accidente, el Asegurado perdiera el sesenta y siete (67) % o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual y se indique que la incapacidad se otorga NO SUJETA A REVISION, el diagnóstico y la fecha exacta de la valoración médica que dispuso la incapacidad.
- d. Aportar los documentos probatorios de que se encontraba laborando permanentemente cuando se le otorgó la declaratoria médica de la incapacidad total y permanente, puede ser cualquiera de los siguientes:
 - Copia de la declaración anual del Impuesto de la Renta.
 - Copia del contrato de servicios.
 - Certificación expedida por el patrono.
- e. El Asegurado o el representante legal según corresponda, debe firmar la boleta de autorización para
revisar los expedientes clínicos donde ha sido atendido.

El Asegurado tendrá derecho a apelar las resoluciones ante el Instituto dentro del plazo de prescripción señalado en este contrato.

Situaciones más comunes en las que no opera la cobertura de su seguro

Quedan excluidos los accidentes causados por o derivados de:

1. Para todas las coberturas:



- a. Actos de guerra, invasión, guerra civil, participación activa en motines, huelgas y tumultos populares.
- b. La fusión o fisión nuclear.
- c. Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
- d. Consumación o tentativa de suicidio u homicidio, participación del Asegurado o sus beneficiarios en delitos, duelos y riñas. Queda exceptuada la legítima defensa.
- e. Enfermedad.
- f. Los accidentes causados por el Asegurado mientras conduce en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas enervantes, estimulantes o narcóticas. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de ebriedad, según se define en la Ley de Tránsito vigente. El grado de alcohol podrá obtenerse por medios científicos tales como pero no limitados a análisis de sangre, aliento u orina.
- g. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce, debido a la infracción de leyes y reglamentos de Tránsito obligatorios.
- h. Accidentes causados por el Asegurado mientras conduce sin contar con la licencia habilitante respectiva.
- i. Tratamientos y/o consultas realizados por el Asegurado y/o parientes hasta tercer grado inclusive de afinidad o consanguinidad.
- j. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad (hasta tercer grado), consanguinidad (hasta tercer grado) o comercial como pero no limitados a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.

2. Para la cobertura de Incapacidad Total o Parcial Permanente por Accidente e Incapacidad Temporal:

El Asegurado no se encuentra laborando de forma permanente y recibiendo remuneración a cambio de su trabajo.

Designación de Beneficiarios

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.

Nombre del Beneficiario	N de Identificación	Parentesco	Porcentaje

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@ins-cr.com
- Sugerencias o quejas: cservicios@ins-cr.com o al 800-INSCONTRALORIA (800-467266-87)

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

Acceso a la Documentación Contractual

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





Lic. Luis Fernando Campos Montes
Gerente General

Cédula Jurídica 400000-1902-22

La validez de este seguro se encuentra sujeta al pago de la prima del INS.

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 por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número

P19-57-A01-520 de fecha **14/07/2014**.