

EN PYMES
**GENERAMOS
NEGOCIOS**

SEGURO MÉDICO
COLECTIVO DEL INS

<https://www.grupoins.com/pymes>





Seguro Médico Colectivo del INS

GRUPO COTIZADO

- Grupo cotizado: 5 a 100 empleados.
- Edades de contratación: 18 a 65 años, asegurados directos.
- Modalidad: No Contributiva
- Ámbito de cobertura: Regional.
- Monto Asegurado: Básico \$25.000, Medio \$50.000 y Robusto \$100.000 · Deducible: \$100



COBERTURAS

a. Básicas

Acumulación de deducible anual	\$100	\$100	\$100
Beneficios y coberturas	Opción #1	Opción # 2	Opción # 3
Ámbito de Cobertura	Local	Local	Regional
Beneficio máximo anual por persona	\$25 000	\$50 000	\$100 000
COBERTURAS BÁSICAS			
1- Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad			
a. Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias	\$25 000	\$50 000	\$100 000
b. Exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales			
c. Gastos por accidentes dentales.			
d. Medicamentos.			
e. Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24 horas al 100%)			
2-Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía			
a. Honorarios médicos por cirugía	\$25 000	\$50 000	\$100 000
b. Habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivo			
c. Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos.			
d. Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados			
e. Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos			
f. Una visita médica hospitalaria diaria			
g. Prótesis quirúrgicas			
h. Cirugías ambulatorias			

b. Opcionales

Acumulación de deducible anual	\$100	\$100	\$100
Beneficios y coberturas	Opción #1	Opción # 2	Opción # 3
Ámbito de Cobertura	Local	Local	Regional
Beneficio máximo anual por persona	\$25 000	\$50 000	\$100 000
COBERTURAS OPCIONALES			
Maternidad (incluye gastos pre y post natales, parto normal o cesárea, parto múltiple y complicaciones)	\$2 000	\$2 000	\$2 000
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido	\$3 000	\$6 250	\$12 500
	Terapias \$300	Terapias \$625	Terapias \$1.250
Prematurez	\$7 500	\$15 000	\$30 000
	Terapias \$750	Terapias \$1.500	Terapias \$3.000
Trasplante de órganos (Monto Vitalicio)	\$10 000	\$10 000	\$10 000
Terapias	\$10.000 Máximo 20 sesiones por evento	\$10.000 Máximo 20 sesiones por evento	\$10.000 Máximo 20 sesiones por evento
Tratamiento de Alergias	Hasta el monto asegurado contratado	Hasta el monto asegurado contratado	Hasta el monto asegurado contratado
	pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo \$150	pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo \$150	pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo \$150
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	\$1 000	\$1 000	\$1 000
Enfermedades epidémicas o pandémicas	\$1 000	\$1 000	\$1 000
Cobertura de Chequeos			
Chequeo general una vez al año (sólo a través de la Red de Proveedores). A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza. (sólo asegurado directo)			
*** se excluye en caso de que seleccione opción de combinado 3 ***	\$150	\$150	\$150
Chequeo oftalmológico (sólo a través de la Red de Proveedores). A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza. (sólo asegurado directo)	\$150	\$150	\$150
Otros beneficios			
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo
Odontológica de emergencia	Según contrato		



c. Adicionales

Acumulación de deducible anual	\$100	\$100	\$100
Beneficios y coberturas	Opción #1	Opción # 2	Opción # 3
Ámbito de Cobertura	Local	Local	Regional
Beneficio máximo anual por persona	\$25 000	\$50 000	\$100 000
COBERTURAS ADICIONALES (OPCIONAL - PARA TODO EL GRUPO)			
<u>Cáncer</u>	\$25 000	\$50 000	\$100 000

Combinadas

Combinación de coberturas (opcional- sólo se utiliza una cobertura en el año póliza)	
Alternativa 1	
	\$200, al 80% - \$50 por consulta, 4 consultas al año
Psicología	\$200, al 80% - \$50 por consulta, 4 consultas al año
Anteojos o lentes de contacto	\$200, al 80%
Alternativa 2	
Extracción de Terceras molares impactadas	\$200, al 80%
Anteojos o lentes de contacto	\$200, al 80%
Salpingectomía - Vasectomía	\$200, al 80%



Alternativa 3	
Chequeo General una vez al año (sólo a través de la Red de Proveedores). A partir de la primera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza. (sólo asegurado directo)	\$200, al 80%
Anteojos o lentes de contacto	\$200, al 80%
Cobertura Dental sublimitada	\$200, al 80%

a) Escenario 1:

Coberturas Básicas: Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía.

Coberturas Opcionales + Coberturas Adicionales (*) + Coberturas Combinadas ()**

b) Escenario 2:

Coberturas Básicas: Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad.

+

Coberturas Opcionales + Coberturas Adicionales + Coberturas Combinadas ()**

c) Escenario 3:

Coberturas Básicas:

Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía.

+

Coberturas Opcionales + Coberturas Adicionales + Coberturas Combinadas ()**

(*) Coberturas Adicionales: El tomador del seguro tiene la opción de elegir si se incluye.

() Coberturas Combinadas:** El tomador del seguro tiene la opción de elegir una combinación de coberturas (Alternativa 1, Alternativa 2 o Alternativa 3). Aplica para asegurado directo. Asegurado escoge cual cobertura de la combinación desea utilizar durante el año póliza (se utiliza sólo una al año según haya elegido el asegurado).



CLASIFICACIÓN TARIFARIA*

PRIMAS (DOLARES)

a. **Escenario 1:**

Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad y Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía + Coberturas Opcionales

Paquete	Básico		Medio		Robusto	
Opción de Monto Asegurado	\$25.000		\$50.000		\$100.000	
Costo de Primas	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual
Asegurado Directo	658	58	670	59	696	61
Cónyuge	539	47	549	48	572	50
Hijo 0-25	480	42	489	43	509	45

b. **Escenario 2:**

Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad + Coberturas Opcionales

Paquete	Básico		Medio		Robusto	
Opción de Monto Asegurado	\$25.000		\$50.000		\$100.000	
Costo de Primas	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual
Asegurado Directo	549	48	553	48	570	50
Cónyuge	439	38	444	39	457	40
Hijo 0-25	412	36	417	36	431	38



- c. **Escenario 3:**
Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía + Coberturas Opcionales

Paquete	Básico		Medio		Robusto	
Opción de Monto Asegurado	\$25.000		\$50.000		\$100.000	
Costo de Primas	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual
Asegurado Directo	266	23	273	24	287	25
Cónyuge	178	16	185	16	195	17
Hijo 0-25	97	8	102	9	107	9

- d. **Escenario 4:** Inclusión de coberturas combinadas – asegurado directo (Es opcional, el tomador puede elegir una alternativa para todo el grupo)

Los costos indicados a continuación se deben adicionar al escenario seleccionado por el tomador y al asegurado directo.

Costo de Primas	Anual	Mensual
Alternativa 1 (asegurado directo)	28	2
Alternativa 2 (asegurado directo)	28	2
Alternativa 3 (asegurado directo)	50	4

Cobertura de Cáncer (Es opcional, el tomador puede elegir para todo el grupo)

Los costos indicados a continuación se deben adicionar al escenario seleccionado por el tomador

Paquete	Básico		Medio		Robusto	
Opción de Monto Asegurado	\$25.000		\$50.000		\$100.000	
Costo de Primas	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual
Asegurado Directo	30	3	60	5	124	11
Cónyuge	28	3	55	5	113	10
Hijo 0-25	28	2	55	5	113	10



Las primas anteriores son en dólares y se les debe agregar el impuesto al valor agregado que corresponde al 2% para los seguros personales.

La prima mensual, indicada en los escenarios anteriores, ya incluye el recargo por fraccionamiento. En caso de requerir una forma de pago distinta a las indicadas anteriormente, debe consultar al INS

Es importante señalar que sí el núcleo familiar está conformado por más de un hijo, se deberá cobrar por cada hijo adicional la prima correspondiente a la indicada en el cuadro anterior "Hijo 0-25.



6. TIPO DE ASEGURAMIENTO

a) Selección de Riesgos:

Grupo por asegurar menor de 50 personas, se deberá realizar el proceso de Selección de Riesgos Individual y el Selector determinará las condiciones de aseguramiento de cada persona.

No se cubren las preexistencias.

Formularios

Asegurados deberán completar el formulario de Solicitud de Seguro. Adicionalmente deberán presentar las pruebas de asegurabilidad que correspondan según edad.

b) Selección Grupal:

La Selección grupal es un proceso de selección abreviado que permite la emisión de un seguro colectivo. Se otorga a grupos homogéneos, donde ingresan todos los empleados, el grupo a asegurar debe ser mayor a 50 personas.

Al otorgarse Selección Grupal, no se aplica selección individual. Para los casos que corresponda aplicar el proceso de Selección Individual (según corresponda), se aplicará adicionalmente el recargo a la prima anterior, se sublimitará la cobertura o se declinará el aseguramiento para los casos "no asegurables", según sea el caso.

Es indispensable el aseguramiento del empleado en la póliza, esto independientemente de la composición del grupo familiar.

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

Formularios:

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 que se presenten riesgos "No Asegurables", los mismos no serán objeto de cobertura.**

Preexistencias:

- a. Las preexistencias se determinarán en el momento del reclamo.
- b. Se cubrirán las preexistencias siempre y cuando no sean exclusiones del contrato ni se encuentren en el período de carencia.
- c. En caso que se presenten riesgos "No Asegurables", los mismos no serán objeto de cobertura.
- d. Se cubrirán las preexistencias una vez superado el período de carencia hasta 12 meses contados a partir de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.
- e. Las preexistencias tendrán cobertura hasta por el monto asegurado de la póliza.
- f. En caso 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.



TABLA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

- a) Selección de Riesgos: Grupo asegurado menor de 50 personas (asegurado directo):

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES, RESIDENTES PERMANENTES Y TEMPORALES	
EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
De 18 a 55 años	Solicitud de seguro completa
De 56 a 70 años	Solicitud de seguro completa y batería de exámenes (*)
De 71 años en adelante	Solicitud de seguro completa y batería de exámenes (**)

- b) Aseguramiento Grupal: Grupo asegurado más de 50 personas (asegurado directo)

REQUISITOS PARA COSTARRICENSES, RESIDENTES PERMANENTES Y TEMPORALES	
EDAD DEL SOLICITANTE	REQUISITOS
De 18 a 65 años	Solicitud de enrolamiento
De 66 a 70 años	Solicitud de seguro completa y batería de exámenes (*)
De 71 años en adelante	Solicitud de seguro completa 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 71 años inclusive: 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).

A criterio del Selector de Riesgos se solicitarán pruebas médicas o no médicas (examen médico, electrocardiograma de reposo, pruebas de laboratorio, cuestionario de alcoholismo, trastornos respiratorios, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, sistema nervioso, úlcera, trastornos lumbares, etc.

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 de este mediante su firma y nombre en este documento.

En el caso de Residentes Temporales:

En la renovación del seguro, el Asegurado requiere comprobar su estatus migratorio; por lo cual deberá presentar el documento de identificación vigente. Los residentes temporales deben demostrar su arraigo en el país, puede consultar con su intermediario de seguros dichos requisitos.

En el caso de Residentes Temporales en el Exterior: Es asegurable solamente en pólizas colectivas no contributivas donde la empresa cuenta con empleados extranjeros trabajando también en el exterior.

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

Valores Agregados

1. Proveedor para la Cobertura de Chequeos Médicos Hospital del Trauma
2. Beneficios de Descuentos en Gimnasios de la Red de Centros de Entrenamiento
3. Medicina Virtual
4. App 24/7
5. Red Única Servicios en la Red de Servicios de Salud - Atención Médica Primaria.
6. Programa de Atención Médica Primaria en Red Privada
7. Programa de Red Preferente - Atención Ambulatoria



Utilización del Seguro

GASTOS AMBULATORIOS	
Importante:	
a. Los gastos ambulatorios incurridos <u>dentro de la red</u> de proveedores del INS no requiere haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante, para la liquidación si se les aplica en consulta el copago y el coaseguro en los demás gastos	
b. Los gastos ambulatorios incurridos <u>fuera de la red</u> de proveedores del INS, si acumulan para el deducible anual.	
c. Los gastos incurridos por medicamentos dentro o fuera de la red de proveedores del INS, acumulan para el deducible anual y deberán ser tramitados por reembolso.	
En Costa Rica -Dentro de la Red de Proveedores-	
Atención Médica Virtual de Primer Nivel Ambulatorio (cubre al 100%). A través de la Red, según Anexo	
a. No aplica coaseguro, ni copago	
b. No acumula deducible anual	
Atención Primaria (cubre al 100%) -Pago Directo- :	
a. No aplica coaseguro, ni copago	
b. No acumula deducible anual	
Atención a través de la Red de Servicios Médicos del Instituto, según anexo	
Los gastos se cubren al	100%
Red Preferente -Pago Directo o Reembolso- :	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	10%
En Costa Rica y Centroamérica -Dentro de la Red de Proveedores- (Pago Directo o Reembolso)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	20%



En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores- Preautorizado (Reembolso: con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	30%
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores - Sin Preautorización (Reembolso con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	40%
Fuera de Centroamérica (Reembolso con los costos de servicios médicos de Centroamérica)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	30%

GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN

Importante

a. Los gastos por hospitalización incurridos dentro de la red de proveedores del INS no requiere haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante, para la liquidación se aplica el coaseguro.

b. Los gastos hospitalarios fuera de la red de proveedores si acumulan deducible anual

En Costa Rica y Centroamérica - Dentro de la Red de Proveedores - (Pago Directo o Reembolso)

Se aplica un coaseguro del	20%
----------------------------	-----



Desembolso Máximo Anual: Participación máxima del Asegurado por concepto de coaseguros de hospitalización. Aplica sólo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza.	
Costa Rica y Centroamérica	\$2 500
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores- Preautorizado (Reembolso)	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800
Se aplica un coaseguro del	30%
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores- Sin preautorización (Reembolso)	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800
Se aplica un coaseguro del	40%
Fuera de Centroamérica (Reembolso con los costos de servicios médicos de Centroamérica)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$1 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$1 500
Se aplica un coaseguro del	30%

Observaciones Finales:

Las coberturas y montos indicados en este paquete no pueden ser modificadas. En caso de requerir una propuesta diferente para un cliente procede una cotización ordinaria

Este paquete aplica a partir de 5 asegurados.