



0- 154

San Salvador, 10 de diciembre de 2013

LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS ANDA, a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, a todas las personas naturales o jurídicas que obtuvieron Bases de la Licitación Pública de la LP-06-2014, Referente a las Pólizas de "Seguro De Todo Riesgo De Daño Físico A Primera Pérdida, Responsabilidad Civil, Automotores, Fidelidad, Dinero Y Valores; Colectivo De Vida Y Gastos Médicos", que de conformidad a lo establecido en la PARTE I, INSTRUCCIONES A LOS OFERTANTES, IO-04. "CONSULTAS, ACLARACIONES E INTERPRETACION DE LAS BASES, PREVIO A LA RECEPCION DE OFERTAS" se remite lo siguiente:

### ACLARATORIA

1. Para el seguro de Responsabilidad Civil, adjunto remitimos formulario, el cual agradeceremos sea devuelto a la Aseguradora debidamente completado, firmado.

- a) Solicitante o proponente

#### **Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA)**

- b) Domicilio

**Edificio ANDA  
Avenida Don Bosco, Colonia Libertad  
San Salvador, El Salvador**

- c) Tipo de organización

**Autónoma – Estatal**

- d) Actividad o giro

**Primaria:**

**Captación, tratamiento y suministro de agua**

**Secundaria:**

**Evacuación de aguas residuales (Alcantarillados)**

- e) Favor haga una lista de todas las subsidiarias que forman parte del grupo empresarial

**N/A**

- f) Adjunte una copia del reporte anual más reciente (Balance general y Estado de Resultados) y cualquier otro folleto de su empresa o documentos informativos. Si no son disponibles, declare el motivo.

**Se adjunta en archivo en anexo 1**

- g) Vigencia que solicita

**Desde el 31 de Diciembre de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2014; ambas fechas a las doce horas.**

- h) Indique las coberturas de RC requeridas

**Según solicitud contenida en los Términos de Referencia (Especificaciones Técnicas).**

- i) Favor indicar condiciones especiales y/o ampliaciones de cobertura a ser parte de esta póliza

**Según solicitud contenida en los Términos de Referencia (Especificaciones Técnicas).**

- j) Cuál es el alcance territorial de la cobertura ¿?

**Dentro del territorio de la República de El Salvador; tal como solicitado en los Términos de Referencia (Especificaciones Técnicas).**

- k) Indique el número de años de experiencia en este tipo de negocio

**52 años**

- l) Suma asegurada que solicita

**US \$ 1,000,000.00**

- m) Detalle la siniestralidad de los últimos cinco años

**Se adjunta en archivo en anexo 2**

- n) Indique el estimado de ingresos para el año en curso (2013)

**Se adjunta en archivo en anexo 3**

- o) Indique el estimado de ingresos para el próximo año (2014)

**Se adjunta en archivo en anexo 3**

2. Para el Seguro de Automotores, proporcionar listado de vehículos asegurar.

**Se adjunta en archivo en anexo 4**

3. Para el Seguro de Vida, solicitamos proporcionar listado de asegurados, detallando nombre, fecha de nacimiento y edad.

**Se adjunta en archivo en anexo 5**

4. Para el seguro Colectivo de Vida y médico Hospitalario, proporcionar el listado de asegurados en formato Excel; o en su defecto proporcionar el total de empleados solos y empleados con familia.

**Se adjunta en archivo en anexo 6**

5. Favor confirmarnos si ANDA cuenta con intermediario de seguros, de ser así proporcionar el nombre.

**Be Safe Asesores, S.A. de C.V.**

6. Con relación a la PARTE II: SISTEMA DE EVALUACION DE OFERTAS, ítem 1. Experiencia del Oferente, numeral 1.1. Ranking del Mercado, favor especificarnos qué documento se anexará a la licitación como cumplimiento de este requisito de evaluación.

**Se anexaran los documentos requeridos en las bases de licitación en la Parte I, apartado IO-12.2.1., literal g) Estados financieros.**

7. Proporcionar la siniestralidad de los últimos 3 años, detallando los reclamos pendientes y pagados para todos los ramos de seguros.

0 - 155

**Se adjunta en archivo en anexos 2 y 7**

8. Para evitar errores en la digitación, les solicitamos proporcionar los archivos en formato Word o Excel de todos los anexos que conforman las bases de licitación.

**Se adjunta en archivo en anexo 8**

9. Para el seguro de Todo Riesgo de Incendio:
- a) En relación a Interrupción de negocios entendemos que los límites requeridos son a primera pérdida y el valor máximo que correspondería a la utilidad de 3 meses de período de indemnización. Favor proporcionarnos cuál es la estimación de Utilidades Netas para el año 2014.

**Se adjunta en archivo en anexo 3**

- b) Medidas de protección contra incendio.

**Extintores  
Pulsadores manuales  
Alarmas sonoras  
Red contra incendios**

- c) Proporcionar el detalle de las ubicaciones con valores al 100% de cada uno de ellos.

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo por US \$ 318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.**

- d) Proporcionar el detalle de equipo y maquinaria pesada, con sus respectivos valores.

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo y Límite de Responsabilidad por US \$ 4,200,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.**

- e) Proporcionar el detalle de equipo electrónico.

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo y Límite de Responsabilidad por US \$ 7,500,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.**

10. Para el seguro de fidelidad, proporcionar el listado de las personas y los cargos expuestos con límites individuales o máximo expuesto por persona.

**Todos los puestos y cargos, según Términos de Referencia, con límite único y combinado en el agregado anual.**

11. Proporcionar el detalle del seguro de equipo electrónico de mayor valor y en que ubicación está situado.

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo y Límite de Responsabilidad por US \$ 7,500,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.**

12. Para el Seguro de Rotura de Maquinaria proporcionamos el listado de la maquinaria.

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo y Limite de Responsabilidad por US \$ 10,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza de nuestra operación.**

13. Para el Seguro de Responsabilidad Civil:

- a) Informar si hay detalle de demandas en los últimos 12 meses e indicar los montos por cada demanda.

**Se adjunta en archivo en anexos 2**

14. Para el Seguro de Automotores

- a) Proporcionarnos el listado de los vehículos a asegurar con sus respectivas características (marca, modelo, clase, año) y sumas aseguradas y mencionar los números de placas de los vehículos blindados y cuales son los que tienen instalados el dispositivos de seguridad GPS.

**Se adjunta en archivo en anexo 4**

15. Para el Seguro Colectivo de Vida

**Se adjunta en archivo en anexo 5**

16. Para el Seguro Médico Hospitalario.

**Se adjunta en archivo en anexo 6**

- 17. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor indicarnos si el valor de \$318,000,000.00 corresponde al valor de la suma asegurada al 100%, en caso que no sea así favor proporcionarnos los valores al 100%

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo por US \$ 318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza d nuestra operación.**

- 18. Con relación a Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor enviar detalle de cómo esta compuesta la suma asegurada al 100%, desglosarlo por Construcciones con sus respectivas direcciones exactas y sumas aseguradas; y en Contenido indicando el desglose de suma asegurada por ubicaciones.

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo por US \$ 318,000,000.00, configurado de esta manera por la naturaleza d nuestra operación.**

- 19. Con relación al Seguro de Todo Riesgo de Incendio, favor proporcionarnos los límites de responsabilidad requeridos para las siguientes coberturas: Daños causados a los tanques de almacenamiento de agua, bienes localizados , maquinaria y /o equipo en proceso de instalación, Equipos de procesamiento de datos, Se entenderán cubiertos los trabajos de reparación, Bienes en tránsito, Modificaciones,, alteraciones y reparaciones, Cobertura para nuevas adquisiciones, Cubre los gastos en que incurran por el transporte de los bienes asegurados , se incluyen los daños ocasionados a consecuencia de explosión.

**Dada la naturaleza de nuestra operación, estas coberturas no se encuentran limitadas.**

- 20. Con relación al Seguro de Todo Riesgo de Incendio, en el sub límite de Equipo Electrónico, favor proporcionarnos los límites de responsabilidad requeridos para las siguientes coberturas: Costos

por rehacer la información, Gastos de alquiler de equipos para rehacer información, Honorarios de digitadores, Gastos de traslados de equipos ...

**Dada la naturaleza de nuestra operación, estas coberturas no se encuentran limitadas.**

0 156

21. Con relación al sub límite de Rotura de Maquinaria del Seguro de Todo Riesgo, favor indicar si la suma asegurada de \$ 10,000,000.00 se encuentra incluida dentro del límite a primera pérdida de \$75,000,000.00 o si dicha suma asegurada es en adición al límite detallado anteriormente.

**Deberá entenderse como un Sub Límite**

22. Con relación al sub límite de Equipo Electrónico del Seguro de Todo Riesgo, favor indicar si la suma asegurada de \$ 7,500,000.00 se encuentra incluida dentro del límite a primera pérdida de \$75,000,000.00 o si dicha suma asegurada es en adición al límite detallado anteriormente.

**Deberá entenderse como un Sub Límite**

23. Con relación al sub límite de Equipo y Maquinaria Pesada, favor indicar si la suma asegurada de \$ 4,200,000.00 se encuentra incluida dentro del límite a primera pérdida de \$75,000,000.00 o si dicha suma asegurada es en adición al límite detallado anteriormente.

**Deberá entenderse como un Sub Límite**

24. Con relación al sub límite de Pérdida de Ingresos por Interrupción de Operaciones, favor indicar si la suma asegurada de \$ 24,000,000.00 se encuentra incluida dentro del límite a primera pérdida de \$75,000,000.00 o si dicha suma asegurada es en adición al límite detallado anteriormente.

**Deberá entenderse como un Sub Límite**

25. Con relación al sub límite de sabotaje y Actos de Terrorismo, favor indicar si la suma asegurada de \$ 10,000,000.00 se encuentra incluida dentro del límite a primera pérdida de \$75,000,000.00 o si dicha suma asegurada es en adición al límite detallado anteriormente.

**Deberá entenderse como un Sub Límite**

26. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor enviar en CD o correo electrónico, listado de los bienes a asegurar en los sub límites ROTURA DE MAQUINARIA, EQUIPO ELECTRONICO Y EQUIPO Y MAQUINARIA PESADA, con sus respectivas características (marca, modelo, año, No. de placa, etc.) y sumas aseguradas, para efectos de presentar la oferta de seguros (en formato Word o Excel).

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo, por lo que no se enviarán tales listados.**

27. Con relación al Seguro de Automotores, favor enviar en CD o correo electrónico, listado de los bienes a asegurar en los sub límites ROTURA DE MAQUINARIA, EQUIPO ELECTRONICO Y EQUIPO Y MAQUINARIA PESADA, con sus respectivas características (marca, modelo, año, No. de placa, etc.) y sumas aseguradas, para efectos de presentar la oferta de seguros (en formato Word o Excel). Dirección de correo electrónico:

**Se adjunta en archivo en anexo 4**

28. Con relación al Seguro de Automotores, favor proporcionarnos el texto a aplicar a la siguiente cobertura: Cobertura especial de riesgos varios sin cobro de prima.

**Las coberturas adicionales a las Coberturas Básicas del Seguro de Automotores (Daños Materiales, RC Bienes y Personas, y Gastos Médicos) no serán sujetas al cobro de primas.**

29. Favor proporcionar el detalle de los siniestros pagados y los que fueron absorbidos por el deducible, detallando la causa de los mismos, de los últimos 5 años, desglosados por póliza de seguros, así mismo, proporcionarnos monto reclamado, monto final pactado y deducible aplicado.

**Se adjunta en archivo en anexo 2**

30. Con relación al Seguro de Todo riesgo Incendio, favor ampliarnos a que se refieren cuando los deducibles detallan "Despensa familiar", están cubiertos ¿? Bajo qué cobertura ¿? Cual es el límite requerido para dichos bienes ¿?

**Todas las coberturas del Seguro de Todo Riesgo de Daño Físico son aplicables para aquellos bienes que se encuentren asociados con la operación de la "Despensa Familiar".**

31. Favor enviar en CD o correo electrónico, el contenido de la bases de licitación, especificaciones técnicas y anexos, para presentar la oferta de seguros (en formato Word o Excel). Debido a que las que se encuentran en la página WEB de COMPRASAL se encuentra en formato PDF.

**Se adjunta en archivo en anexo 8**

32. Favor indicar si son atendidos por algún intermediario de Seguros, en caso de ser afirmativa su respuesta favor proporcionarnos el nombre.

**Be Safe Asesores, S.A. de C.V.**

33. Favor indicar si la participación será en forma total o parcial.

**No comprendemos a qué se refiere esta consulta.**

34. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor proporcionar reporte de inspecciones de las ubicaciones de mayor valor.

**No contamos con tales reportes.**

35. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor indicarnos las protecciones contra incendio con las que cuentan las 10 principales ubicaciones.

**Extintores**

**Pulsadores manuales**

**Alarmas sonoras**

**Red contra incendios**

36. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor proporcionarnos desglose de valores para maquinaria, equipo electrónico y maquinaria pesada (incluyendo siniestralidad de cada uno en los últimos 5 años)

**Nuestra solicitud de cobertura es sobre una base "Blanket" de Valores a Riesgo, por lo que no se enviarán tales listados.**

**Se adjunta en archivo en anexo 2**

37. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio, favor proporcionarnos las ventas anuales.

**Se adjunta en archivo en anexo 3**

38. Con relación al seguro de Todo Riesgo Incendio, específicamente a la Cobertura de Terrorismo, favor proporcionarnos la siniestralidad de los últimos 5 años incluyendo monto bruto, causa, deducibles, aplicados, incluyendo engaños y amenazas y detalles de seguridad en las principales ubicaciones.

0. 157

**No se reportan siniestros amparados por esta cobertura; revisar archivo adjunto "Siniestralidad" (Se adjunta en archivo en anexo 2)**

39. Con relación al Seguro de Todo Riesgo de Incendio, bajo cláusulas especiales, numeral 37, favor aclarar a que se refiere cuando se dice "anexo de todo otro contenido por US\$ 1,000,000.00.

**Queda entendido y convenido que la póliza se extiende a cubrir las pérdidas o daños sufridos por los bienes asegurados consistentes en todo otro contenido no descrito en la definición de "Bienes Cubiertos" ni en las "Condiciones Especiales", a consecuencia de los riesgos cubiertos definidos en la misma.**

40. Con relación al Seguro de Todo Riesgo de Incendio, bajo cláusulas especiales, numeral 21, favor aclarar qué significa "procedimiento conciliatorio"

**Al Procedimiento legalmente establecido para dirimir conflictos entre las partes.**

41. Con relación al Seguro de Todo Riesgo Incendio favor proporcionarnos los valores de los bienes subterráneos.

**Dada la naturaleza de nuestra operación, estas coberturas no se encuentran limitadas.**

**42. Para la Póliza que cubre a:**

Miembros de la Honorable Junta de Gobierno, Presidente, Directores, Gerentes, Subgerentes, Asesores y Personal designado por la Administración Superior, Funcionarios y empleados nombrados por Ley de Salarios, Jornal Diario y Contrato.

**42.1 Seguros colectivos de vida.**

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Se adjunta siniestralidades. Se adjunta en archivo en anexo 7**
- b) Indicar si en póliza actual esta cubierto el subsidio como accidente **R// no se cubre como accidente.**
- c) Indicar cuál es la edad determinación del beneficio de accidentes en la póliza actual **R// 85 años**
- d) En el beneficio de anticipo por enfermedades graves de la póliza actual, hay cobertura para SIDA. **R// No tiene cobertura.**
- e) Proporcionar el listado de asegurados con fecha de nacimiento, fecha de ingreso a ANDA y suma asegurada que le corresponde según el tiempo laborado en la Institución. **R// Anexo 5 y cuadro 1.**

**CUADRO 1: SUMAS ASEGURADAS**

CLASE	TIEMPO LABORADO EN ANDA	SUMA ASEGURADA
1	Desde el 1er día de ingreso a ANDA hasta 5 años cumplidos	\$ 3,000.00
2	5 años 1 día a 10 años cumplidos	\$ 6,000.00
3	10 años 1 día a 15 años cumplidos	\$ 9,000.00
4	15 años 1 día a 20 años cumplidos	\$ 12,000.00
5	20 años 1 día a 25 años cumplidos	\$ 15,000.00
6	25 años 1 día a 30 años cumplidos	\$ 18,000.00
7	30 años 1 día cumplidos en adelante	\$ 20,000.00

**43. Para la Póliza que cubre a:**

Honorable Junta de Gobierno, Presidente, Directores, Gerentes, Subgerentes, Asesores y personal designado.

**a. Seguro Colectivo de Vida.**

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- b) Confirmar cual es la suma asegurada en la póliza actual **R// \$100,000.00**
- c) Indicar si en póliza actual esta cubierto el subsidio como accidente **R// no se cubre como accidente.**
- d) Indicar cuál es la edad determinación del beneficio de accidentes en la póliza actual **R// 85 años**
- e) En el beneficio de anticipo por enfermedades graves de la póliza actual, hay cobertura para SIDA. **R// No tiene cobertura.**
- f) Proporcionar el listado de asegurados con fecha de nacimiento. **R// Se adjunta listados. (Se adjunta en archivo en anexo 5)**

**b. Seguro médico Hospitalario.**

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- b) Proporcionar el total de empleados solos y con familia que se deben considerar para el cálculo de la prima. **R// se adjunta listados (Se adjunta en archivo en anexo 6)**
- c) Indicar cuales son los montos/ limites en la póliza actual en los siguientes rubros.
  - Máximo vitalicio **R// (suma asegurada por persona \$100,000.00)**



- Deducible **R// \$50.00 Centroamérica y \$ 300.00 fuera de Centroamérica por evento.**
- Periodo de espera para la cobertura de maternidad **R// 10 meses o mas**
- Gastos para Nurseria y Neonatologo **R// Limite anual combinado para Nurseria y Neonatologo \$ 300.00 No deducible ni coaseguro.**
- Tratamientos relacionados con el crecimiento **R// hasta un máximo de \$500.00 por vigencia.**

0- 158

- d) Confirmar si actualmente cuentan con la cobertura de tratamientos dentales, de ser afirmativo indicar cuales son los montos/ limites en la póliza actual de los siguientes rubros:
- Porcentajes de reembolso en cada plan (I, II Y III) **R// Plan I el 80%. Plan II el 80% y Plan III el 50%**
  - Deducible **R// \$50.00**
- e) En los numerales 34 y 45 se hace referencia a gastos de psiquiatría y tratamientos nerviosos dentro y fuera del hospital, indicar cual de las dos condiciones prevalece **R// Ninguna.**
- f) Para la cobertura de lentes solicitada en el numeral 66, indicar cual es el limite del beneficio en la póliza actual y confirmar si dicho limite es por persona o por grupo familiar. **R// \$ 300.00 por grupo familiar.**
- g) Indicar cual es la edad máxima de ingreso y terminación de la cobertura para el titular, conyugue e hijos en la póliza actual. **R// La edad máxima de ingreso es sin límite de edad / Terminación de cobertura al titular y cónyuge cumplir 75 años /Terminación para hijos cumplir 24 años.**
- h) En la póliza actual cual es el periodo de carencia para la pre existencia que se aplican a nuevas inclusiones. **R// Sin periodo de carencia.**
- i) En el numeral 38 se indica: "sin deducible ni coaseguro en caso de accidente, al respecto confirmar si actualmente tienen esa cobertura" **R// no se tiene cobertura.**
- j) En el numeral 69 se indica: "Todo asegurado al que se le haya pre certificado una operación se le podrá realizar aunque el ya no pertenezca al grupo asegurado" al respecto confirmar si actualmente tienen esta cobertura. **R// No se tiene cobertura.**
- k) Confirmar si en la póliza actual tiene cobertura para los puntos vicios de refracción y costos de aparatos auditivos, tal como se indica en el numeral 74. **R// No se tiene cobertura.**

#### 44. Para la póliza que cubre a:

Jefes y personal designado por la administración superior.

#### 44.1 Seguro Colectivo de Vida.

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- b) Indicar si en póliza actual esta cubierto el subsidio como accidente **R// no se cubre como accidente.**
- c) Indicar cual es la edad determinación del beneficio de accidentes en la póliza actual **R// 85 años**
- d) En el beneficio de enfermedades graves de la póliza actual hay cobertura para SIDA. **R// No tiene cobertura.**

#### 44.2 Seguro médico Hospitalario.

- a) Proporcionar el monto de reclamos pagados durante las últimas 3 vigencias. **R// Se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- b) Proporcionar el total de empleados solos y con familia que se deben considerar para el calculo de la prima. **R// se adjunta listados (Se adjunta en archivo en anexo 6)**
- c) Indicar cuales son los montos/ limites en la póliza actual en los siguientes rubros.
- Periodo de espera para la cobertura de maternidad **R// que haya estado inscrita en la póliza por un periodo de 10 meses o mas.**
  - Gastos para Nurseria y Neonatologo **R// Limite anual combinado para Nurseria y Neonatologo \$ 300.00 No deducible ni coaseguro.**
  - Tratamientos relacionados con el crecimiento **R// hasta un máximo de \$ 500.00 por vigencia.**
- d) Confirmar si actualmente cuentan con la cobertura de tratamientos dentales, de ser afirmativo indicar cuales son los montos/ limites en la póliza actual de los siguientes rubros:
- Porcentajes de reembolso en cada plan (I, II Y III) **R// Plan I el 80%. Plan II el 80% y Plan III el 50%**
  - Deducible **R// \$50.00**
- e) En el numeral 40 se solicita "presentación de costos sin limites geográficos (cualquier parte del mundo)" aclarar si dicho numeral es valido en vista que en las especificaciones técnicas se indica que para este grupo la cobertura es Centroamericana. **R// Cobertura a Nivel Centroamérica.**
- f) En el numeral 44 se solicita servicio de ambulancia aérea hasta por un máximo de \$ 15,000.00, sin embargo y tal como se menciona en las especificaciones técnicas, la cobertura para este grupo es Centroamericana. Confirmar si es valida dicha clausula solicitada y si se tiene en póliza actual. **R// en la póliza actual si hay cobertura para este beneficio.**

- g) En los numerales 34 y 45 se hace referencia a gastos de psiquiatría y tratamientos nerviosos dentro y fuera del hospital, indicar cual de las dos condiciones prevalece **R// Ninguna.**
- h) Para la cobertura de lentes solicitada en el numeral 66, indicar cual es el límite del beneficio en la póliza actual y confirmar si dicho límite es por persona o por grupo familiar. **R// \$ 300.00 por grupo familiar.**
- i) Indicar cual es la edad máxima de ingreso y terminación de la cobertura para el titular, conyugue e hijos en la póliza actual. **R// La edad máxima sin limite de edad / Terminación de cobertura al titular y conyugue cumplir 75 años / Terminación para hijos cumplir 24 años.**
- j) En la póliza actual cual es el periodo de carencia para la pre existencia que se aplican a nuevas inclusiones. **R// Sin periodo de carencia.**
- k) En el numeral 38 se indica: "sin deducible ni coaseguro en caso de accidente, al respecto confirmar si actualmente tienen esa cobertura" **R// no se cuenta con cobertura.**
- l) Confirmar si en la póliza actual tiene cobertura para los puntos vicios de refracción y costos de aparatos auditivos, tal como se indica en el numeral 74. **R// No se cuenta con esta cobertura.**
45. Proporcionar la siniestralidad de los últimos 3 años, detallando los reclamos pendientes y pagados. **R// se adjunta siniestralidades. (Anexo 7)**
46. Para el Seguro Colectivo de Vida
- a) proporcionarnos los listados de los asegurados por cada clase indicando la fecha de nacimiento, las edades y la suma asegurada total **R// se adjuntan listados / Suma asegurado se paga en base a tabla anexa. (Se adjunta en archivo en anexo 5 y cuadro 1)**
- b) Proporcionar listados de asegurados detallando las enfermedades graves **R// No se tiene asegurados con dicha enfermedad.**
- c) Proporcionar listado de asegurados de los miembros de la Honorable Junta de Gobierno; Presidente, Directores, Gerentes, Subgerentes, Asesores y personal designado indicando la fecha de nacimiento, las edades y la suma asegurada total. **R// se adjuntan listados y la suma asegurada total \$100,000.00 (Se adjunta en archivo en anexo 6)**
- d) Proporcionar listados de asegurados de los jefes y personal designados por la administración superior, indicando la fecha de nacimiento, las edades y la suma asegurada total **R// se adjuntan listados, suma asegurada \$25,000.00. (Se adjunta en archivo en anexo 6)**
- e) Proporcionar siniestralidad de los últimos tres años detallando la causa. **R// se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
47. Para el seguro medico hospitalario.
- a) Proporcionar el detalle de los asegurados y grupo familiar, cantidad de empleados solos y empleados con familia, las edades y fechas de nacimiento **R// se adjunta listados. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**

0 - 159

- b) Indicar las enfermedades graves o preexistentes del grupo asegurado **R// No se cuenta con empleados que padezcan con ese tipo de enfermedad.**
  - c) Proporcionar el nombre de la RED de proveedores que tienen actualmente **R// RED ACSA.**
  - d) Proporcionar la siniestralidad de los últimos 3 años detallando la causa **R// Se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
48. Listado del personal a asegurar, con sus respectivas edades, fechas de nacimiento y años de estar laborando a ANDA. **R// se adjuntan listados. (Se adjunta en archivo en anexo 5)**
49. Con relación al seguro de vida básica favor proporcionar la preexistencia del grupo a asegurar. **R// no se cuentan con asegurados con preexistencias.**
50. Con relación al seguro colectivo de vida básico, favor ampliar a que se refiere con la cobertura: suspensión de garantía, paro laboral o disturbios de carácter obrero siempre y cuando el asegurado no participe voluntariamente **R// Se entenderá como cubierto el evento que produjere la muerte del empleado cuando tenga lugar cualesquiera de las siguientes circunstancias: Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares; o de personas que actúen en conexión con alguna organización política; o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las autoridades. Hostilidades, actividades de guerra, declarada o no invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, conspiración, levantamiento popular o militar, ley marcial, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de derecho o de hecho.)**
51. Con relación al seguro de vida y seguro colectivo de gastos médicos (miembros de la honorable junta de Gobierno, Presidente, Directores, Gerentes, Subgerentes, asesores y personal designado, el listado del personal a asegurar con sus respectivas edades, fechas de nacimiento indicando el personal que tiene dependientes. **R// se adjunta listados. (Se adjunta en archivo en anexo 5 y 6)**
52. Con relación al seguro de vida y seguro colectivo de gastos médicos (miembros de la honorable junta de Gobierno, Presidente, Directores, Gerentes, Subgerentes, asesores y favor proporcionar las preexistencias del grupo a asegurar **R// No se cuentan con asegurados con preexistencias.**
53. Con relación al seguro de vida y seguro de gastos médicos (jefes y personal designado por la dirección superior), listado del personal a asegurar con sus respectivas edades, fecha de nacimiento e indicando el personal que tienen dependientes. **R// Se adjunta listados. (Se adjunta en archivo en anexo 6)**
54. Con relación al seguro de vida y seguro colectivo de gastos médicos (jefes y personal designado por la administración superior) favor proporcionar la preexistencias del grupo a asegurar. **R// No se cuentan con asegurados con preexistencias.**

55. Favor proporcionar el detalle de los siniestros pagados y los que fueron absorbidos por el deducible detallando la causa de los mismos, de los últimos 5 años desglosados por póliza de seguros asimismo proporcionar los montos reclamados, monto final pactado y deducible aplicado. **R// Se adjunta siniestralidades (Se adjunta en archivo en anexo 7)**

0 160

- ¿Si los beneficios y coberturas solicitados en las bases son los actuales?  
De no ser los actuales, mencionar cuales son las mejoras que se están solicitando. **R// Numerales 38, 69, 74, 75 y 44.**
- Reporte de reclamos pagados detallados con nombre o números de certificado y con sus diagnósticos de seguro de vida de los últimos 3 años **R// se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- Reporte de reclamos pagados detallados por nombre o números de certificado y con sus diagnósticos de gastos médicos de los últimos 3 años. **R// se adjunta siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- Indicamos si hay reclamos pendientes de pagos de vida, gastos médicos y cuanto es el monto. **R// se adjuntan siniestralidades. (Se adjunta en archivo en anexo 7)**
- Listados de asegurados activos de seguro de vida y gastos médicos en Excel, **R// se adjuntan listados. (Se adjunta en archivo en anexo 5 y 6)**

Atentamente,

  
Lic. Mario Alfredo Pérez  
Gerente de la UACI



