



MAPFRE

**LA CENTRO AMERICANA
EL SALVADOR**

**POLIZA DE SEGURO
COLECTIVO MEDICO HOSPITALARIO
ESPECIFICACIONES DEL SEGURO**

I. DATOS GENERALES

POLIZA No. MH-377

**VIGENCIA: 01 DE ENERO DE 2014 AL 01 ENERO DE 2015
AMBAS FECHAS A LAS 12:00 MERIDIANO**

CONTRATANTE:

DOMICILIO:

**COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA
(CEPA)**

SAN SALVADOR

II. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

1. PERSONAL A ASEGURAR

Presidente, Directores, Asesores, Gerente General, Gerentes de Área, Gerentes de Empresas, Jefes de Departamentos, Jefes de Unidades, Jefes de Sección, Técnicos colaboradores Administrativos y otros empleados de Oficina Central, Aeropuerto Internacional de El Salvador e Ilopango, Puerto de Acajutla; Puerto La Unión y FENADESAL, designados por Junta Directiva.

2. COBERTURA PRINCIPAL Consulta externa y hospitalización.

Se reembolsarán los gastos médicos en que incurra el asegurado, a consecuencia de enfermedades y accidentes cubiertos de acuerdo a las Limitaciones, Términos y Condiciones Generales y Particulares estipulados en el Contrato de Seguro.

3. CONDICIONES DE COBERTURAS

a) Clasificación de Cobertura: Mundial

b) Suma Máxima anual por la vigencia de la Póliza por cada miembro del grupo familiar OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS QUINCE 00/100 DOLARES (US\$ 85,715.00).

c) Cuarto y alimento diario

1) Fuera de Centro América

US \$ 1,000.00

2) En Centro América, incluyendo Belice y Panamá

US \$ 70.00

4. DEDUCIBLE ANUAL (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE)

a) Fuera de Centro América, Por evento.

US \$ 1,000.00

b) En Centro América, incluye Belice y Panamá

US \$ 150.00

Deducible Año Póliza, Máximo tres por familia (combinado)

5. PORCENTAJE DE REEMBOLSO

1) Fuera de Centro América

80%/20% para los primeros US \$ 10,000.00
100% para toda cantidad en exceso.

2) Centro América, incluyendo Belice y Panamá

90%/10% para los primeros US \$ 5,714.00.
100% para toda cantidad en exceso

6. BENEFICIO POR MATERNIDAD

PARTO NORMAL

\$ 1,200.00

CESAREA

\$ 2,000.00

ABORTO LEGAL

\$ 700.00

Los beneficios deberán ser pagados de acuerdo a las cantidades antes estipuladas sin aplicar deducibles y coaseguro. Este beneficio debe aplicar para las trabajadoras con familia y trabajadoras sin dependientes.



MAPFRE

**LA CENTRO AMERICANA
EL SALVADOR**

II. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

7. COSTO ANUAL POR PERSONA

Empleado solo	\$ 700.00
Empleado con familia	\$ 2,380.00

III. Forma de Pago

Vencimiento de la Prima

4 cuotas iguales y sucesivas

01 de enero de cada año.

En fe de lo cual, LA CENTRO AMERICANA, S.A., Compañía Salvadoreña de Seguros, emite y firma la presente póliza en San Salvador, el tres de enero de dos mil catorce.



Responsable Seguros Colectivos de Personas



CONDICIONES ESPECIALES SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

CONTRATANTE : COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA (CEPA)

POLIZA : MH- 377

**VIGENCIA : 01 DE ENERO DEL 2014 AL 01 DE ENERO DE 2015
AMBAS FECHAS A LAS 12:00 MERIDIANO.**

La compañía emite las presentes Condiciones Especiales, las cuales forman parte del contenido de este contrato.

PRIMERA- EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO Y CÓNYUGE

El seguro Médico Hospitalario cubrirá a los(as) asegurados(as) y sus dependientes hasta los 70 años de edad, sin reducción de suma asegurada al cumplimiento.

SEGUNDA- HIJOS

Para Hijos, hijastros, e hijos adoptivos desde el momento de nacimiento hasta los 25 años de edad, siempre que sean solteros y que dependan económicamente del asegurado(a); exceptuándose casos especiales de invalidez permanente que requieran una dependencia absoluta de sus padres. Hijos que padezcan discapacidad física o mental, sin Límite de edad.

TERCERA- PREEXISTENCIAS

Se acepta el grupo inicial con cobertura para tratamientos por enfermedades o lesiones preexistentes incluyendo la maternidad, para nuevas inclusiones con período de espera de tres meses.

CUARTA- LIQUIDACIÓN DE RECLAMOS

Las indemnizaciones de gastos elegibles se procesarán y entregarán al área designada por CEPA en un máximo de CINCO DÍAS HÁBILES posteriores a la fecha de envío de los documentos completos y satisfactorios para la Compañía por parte de CEPA; caso contrario se impondrá una penalización del 1% del valor reclamado.

QUINTA- CRÉDITO POR SERVICIO DENTRO Y FUERA DE CENTRO AMÉRICA, INCLUYENDO BELICE Y PANAMA

La compañía gestionará y otorgará para el asegurado(a) y sus beneficiarios, crédito completo al 100% para todos los servicios que sean requeridos en cualquier tratamiento por accidente o enfermedad, incluyéndose los servicios hospitalarios **ya sea dentro y fuera de Centro América, incluyendo Belice y Panamá**; por honorarios médicos, de laboratorios en centros hospitalarios y clínicos; por cualquier equipo a ser alquilado o arrendado, y otros requeridos, independientemente se trate de emergencia o de tratamientos previamente programados.

SEXTA- CLÁUSULA DE ERRORES U OMISIONES

Si el Contratante y/o Asegurado hubiere (n) cometido inexactitud u omisión, éstos estarán en la obligación a ponerlo en conocimiento de la Compañía tan pronto como advierta la circunstancia; dado el aviso correspondiente, la Compañía será responsable bajo esta Póliza, siempre que la omisión o inexactitud sea sin dolo de parte del Contratante y/o Asegurado sobre cualquier información.



MH-377

SEPTIMA- INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

- i. Para la inclusión o exclusión de personal bastará que a solicitud del Administrador de Contrato de CEPA comunique por escrito a la Compañía Aseguradora y el costo se cobrará o devolverá a prorrata y los ajustes se harán en forma mensual.
- ii. Deberá presentarse cuadro resumen en forma mensual de los ajustes efectuados para Oficina Central y las empresas de CEPA.
- iii. El proceso antes mencionado deberá quedar especificado en la póliza.

OCTAVA-INCLUSIONES Y EXCLUSIONES DE EMPLEADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA

Queda entendido y convenido que en la presente Póliza de seguro podrán ser incluidos los empleados contratados por la Comisión en fecha posterior a la suscripción de esta póliza, hasta por el 20% del valor de la suma asegurada estipulada en el contrato, para lo cual bastará que el Administrador del Contrato designado por CEPA lo comunique por escrito a la Compañía Aseguradora.

El costo de la inclusión del empleado se determinara a prorrata en base a los términos, condiciones y costos de primas estipuladas en la Póliza aplicándose el mismo procedimiento cuando se trate de exclusiones del personal.

NOVENA- PRÓRROGA EN LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la póliza será de doce meses, contados desde las doce horas del día 1 de enero de 2014 hasta las doce horas del 1 de enero de 2015; no obstante lo anterior y de considerarlo CEPA con una anticipación no menor de 30 días, podrá solicitar una prórroga de dicha vigencia por un periodo hasta de doce meses, estando la Compañía en la obligación de conceder lo solicitado con los mismos términos, condiciones, tasas y costos de primas contratadas.

DECIMA- LISTA DE HOSPITALES, LABORATORIOS Y FARMACIAS AUTORIZADAS

Se adjunta listado de médicos, hospitales, laboratorios y farmacias con que se contará para el crédito hospitalario como parte de la red.

DECIMA PRIMERA- COBERTURAS ESPECIALES DEL SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

1. Cobertura para cualquier tipo de enfermedad, accidentes y su naturaleza.
2. Servicios de Hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por los asegurados hospitalizados.
3. Honorarios de médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al asegurado mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o en un consultorio particular o a domicilio.
4. Servicios de sala de operaciones, curaciones y cuidados intensivos; emergencia, pequeña cirugía o recuperación.
5. Servicio de anestesia y los honorarios de anestesiólogo autorizados para ejercer.
6. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente prescritos por el facultativo que atienda al Asegurado(a).

MH-377

7. Exámenes y estudios de laboratorio, Rayos X, Electrocardiografías, Mamografías, Citologías, Encefalogramas y Tomografía Axial Computarizada "SCAN", imágenes por Resonancia Magnética y cualquier otro examen especializado necesario para la recuperación de la salud, para vías de diagnóstico.
8. Transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
9. Aparatos de yeso, de prótesis u ortopedia, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos.
10. Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones.
11. Alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermo, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, siempre que el médico tratante lo requiera.
12. Tratamiento de radioterapia o radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y cirugía.
13. Aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase, ojos o miembros artificiales que se hagan necesarios a causa de un accidente cubierto y tratamiento dental por accidente.
14. Transporte en ambulancia aérea y/o terrestre, hasta un límite de \$20,000.00 para ambulancia aérea y \$ 500.00 para ambulancia terrestre.
15. Litotripsia por ultrasonido y Cirugía Laparoscópica con o sin láser.
16. Vitaminas y medicinas recetadas por el o los médico (s) tratante (s), siempre que tengan relación directa con la enfermedad o accidente cubierto y enfermedades de tipo alérgico.
17. Tratamiento del SIDA hasta el 25% de la suma asegurada principal.
18. Atención suministrada por enfermera titulada, siempre que el médico tratante lo autorice, que no tenga ningún grado de parentesco con el asegurado/a y que no resida con él.
19. Las prostatectomías e histerectomías, hasta los 70 años de edad.
20. Gastos de ayudante médico cuando el cirujano lo requiera por gravedad del paciente y/o emergencia.
21. Extracción de las terceras molares impactadas o cordales y sus complicaciones y aún en los casos que requieran intervención quirúrgica, incluyendo medicamentos y rayos X.
22. Consulta general externa y por especialidades; hasta un máximo de US \$40.00 por consulta.
23. Visita médica en el hospital sin límite.
24. Honorarios de fisioterapistas.

MH-377

25. Tratamientos por trastornos mentales, psiconeuróticos, histéricos, incluyendo la psiquiatría, curas de reposo y otros similares con o sin hospitalización, hasta por la suma de US \$ 3,000.00.
26. Circuncisiones por o sin enfermedad.
27. Enfermedades originadas por epidemias declaradas o no.
28. Gastos de cirugía plástica causadas por enfermedad o accidente, dentro de los 6 meses después del evento.
29. Complicaciones del embarazo tales como: embarazos extrauterinos que requieran cirugía interabdominal, vómitos perniciosos, toxemia de la sangre y embarazo ectópico, parto prematuro.
30. Cobertura desde el momento de nacimiento, con aplicación de deducible y coaseguro en aquellos gastos que se originen cuando el recién nacido no haya salido del hospital, por cualquier enfermedad.
31. Tratamiento por picaduras y mordeduras de animales e insectos incluyendo sus vacunas, hasta los 70 años de edad.
32. Curas de hernias de cualquier tipo.
33. Reinstalación automática de la Suma Máxima Anual dentro de la vigencia de la póliza, para gastos ocasionados por enfermedad o accidente diferente a la que originó el agotamiento de la misma.
34. Se acepta el grupo inicial con cobertura para tratamientos por enfermedades o lesiones PREEXISTENTES, a partir del primer día de vigencia de la póliza, incluyendo a personas que se encuentren en tratamiento actualmente e inclusive maternidad. Para nuevas inclusiones con período de espera de tres meses.
35. Tratamientos por inyección esclerosante y venas varicosas.
36. Toxoplasmosis con o sin hospitalización.
37. Cobertura ocupacional y no ocupacional para titulares y dependientes.
38. Cobertura para la corrección de cataratas, pterigión incluyendo la implantación de lente intraocular y sus consultas médicas, hasta los 70 años de edad.
39. Zapatos y plantillas ortopédicas, un par por la vigencia de la póliza, hasta los 14 años de edad.
40. Cobertura para enfermedades y tratamientos quirúrgicos por padecimientos congénitos hasta los 70 años de edad.
41. Cualquier tipo de Vacunas hasta los 70 años de edad.



MH-377

42. Trasplante de órganos, incluyendo médula ósea, hasta el 50% de la Suma Máxima Anual de la Póliza.
43. Alergias de cualquier tipo, incluyendo sus pruebas y vacunas. Sin aplicación de deducible para médicos de la red de proveedores médicos.
44. Legrados por diagnóstico médico.
45. Exámenes y estudios con avances tecnológicos.
46. Presentación de reclamos 12 meses. (presentación de reclamos hasta el plazo establecido en la ley).
47. Las malformaciones congénitas de los hijos del asegurado, nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando estén amparados y hayan sido inscritos durante los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento, hasta un límite de US \$ 10,000.00.
48. Renta de equipo de hospital, los que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.
49. Tratamiento de eventraciones, a consecuencia de una cirugía o accidente, que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.
50. Lesiones que sufra el asegurado mientras viaje como pasajero, piloto o miembro de tripulación de aeronaves o embarcaciones marítimas que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de pasajeros, siempre que el asegurado se encuentre en misión oficial de CEPA.
51. Cama para acompañante en caso de hospitalización de niños menores de 12 años.
52. Tratamientos permanentes, una receta cada 6 meses.
53. Los gastos médicos que se realicen fuera de Centro América deben reembolsarse de acuerdo a los aranceles médicos del país en que se incurrió el gasto.
54. Cobertura para la compra de aros y lentes, una vez durante la vigencia de la póliza, hasta la cantidad \$ 180.00 más IVA; sin aplicación de deducible y coaseguro.
55. Cobertura de alquiler o compra de aparatos auditivos, cuando los mismos sean indicados a consecuencia de una enfermedad o accidente.
56. Coordinación de Beneficios; gastos pagados después del deducible al 100% de los gastos elegibles.



MH-377

La Compañía Aseguradora reembolsará al asegurado los gastos médicos asegurados por la presente póliza, deduciendo lo pagado por otra(s) Compañía (s) Aseguradora (s), incluyendo el monto del deducible y el monto del Coaseguro no reconocido por ésta (s), de conformidad con los términos y condiciones estipulados en la presente Póliza. Queda entendido y convenido que para este trámite serán aceptados los documentos de liquidación de reclamo emitidos por la (s) otra (s) Compañía (s) Aseguradora (s) y las copias de facturas o recibos por los honorarios, servicios médicos o medicamentos y otros gastos incurridos por el Asegurado.

57. Tratamientos con medicina natural y química, incluyendo los medicamentos que sean recetados y adquiridos con el médico tratante que esté autorizado por la Junta de Vigilancia para Médicos, ya que en estos casos ellos mismos elaboran la medicina y las tienen a la venta; hasta por un monto de US \$ 3,000.00.
58. Para el caso de cuidados intensivos dentro y fuera de Centro América, la cobertura será hasta el máximo de la suma asegurada de la vigencia.
59. Acné, Acné inflamatorio, siempre y cuando sea considerado como una enfermedad.
60. Medicamentos recetados por retardos del crecimiento y bajo peso.
61. El Asegurado no estará obligado a presentar los resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos casos con diagnóstico de enfermedades crónicas.
62. Se incluyen en la propuesta, el listado de aranceles a utilizar, para la indemnización de reclamos.
63. Se Ofrece servicios de red (PRORED), sin costo adicional.
BENEFICIO DE RED DE PROVEEDORES (SIN COSTO ADICIONAL)
Se ofrece el servicio de Red de Proveedores Médicos para: 177 Médicos Especialistas, Hospitales 8 en San Salvador, 1 Santa Ana y 2 en San Miguel, Farmacias 10 en San Salvador y 2 en Santa Ana, Laboratorio Clínico 9 y Laboratorio de Rayos X 6 laboratorios de patología y 11 clínicos especialistas; este servicio únicamente aplica cuando el asegurado sea tratado en El Salvador. Los asegurados que hagan uso de la Red de Proveedores no estarán sujetos al pago de deducible de esta póliza y se aplicará un coaseguro de 90%/10%.

El seguro reconocerá los gastos médicos en base a lo justo, razonable, usual y acostumbrado por el sistema tradicional.
64. En caso de retiro del empleado de CEPA, éste tendrá la facultad de mantener el Seguro Médico Hospitalario hasta la terminación del año póliza, mediante el pago directo a la aseguradora de la prima correspondiente que correrá por su cuenta. (CEPA queda exenta de cualquier responsabilidad ante la falta de pago o cualquier inconveniente).
65. Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico para la obesidad, hasta un máximo de US \$ 7,000.00



MH-377

DECIMA SEGUNDA- FORMA DE PAGO

La CEPA pagará al Contratista en moneda de curso legal, a través de la Unidad Financiera Institucional (UFI) hasta por el valor del Contrato producto de esta Licitación.

El pago del servicio contratado, se efectuará en la forma siguiente:

- a. CEPA procederá a pagar las primas correspondientes, siempre y cuando la Compañía Aseguradora en forma previa haya presentado a CEPA, el detalle por escrito de las Compañías de Reaseguros que respaldan la póliza y la confirmación de que éstos han sido colocados en un 100%.
- b. La forma de pago será en cuatro cuotas iguales y sucesivas, a partir del inicio de la vigencia de la Póliza, no debiendo incluir ningún monto en concepto de gastos de emisión y recargo por pago fraccionado y/o corto plazo.

Número de Cuota	Días después de inicio de la vigencia de la Póliza
1	30
2	60
3	90
4	120

Todos los demás términos, condiciones y limitaciones estipuladas en la póliza y sus anexos, continúan vigentes sin alteración alguna.

En fe de lo cual "LA CENTRO AMERICANA, S.A.", emite y firma el presente anexo en San Salvador, el tres de enero del dos mil catorce.


Teresa Pérez de Jiménez
Responsable Seguros
Colectivos de Personas



Idep

I. CONTRATO

CLAUSULA PRIMERA - CONSTITUCION DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro queda constituido por la solicitud del Contratante para la emisión de la póliza, las solicitudes individuales de inscripción de los Asegurados, sus declaraciones, el registro de asegurados, las condiciones especiales de la presente póliza, anexos y beneficios adicionales que formen parte de la Póliza, si los hubiere.

Además, el contrato de seguros se perfecciona por la aceptación por escrito del asegurado, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o a la entrega de la póliza o de un documento equivalente.

CLAUSULA SEGUNDA - DOLO O FRAUDE

El solicitante está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la solicitud y demás documentos que ésta le someta, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o los deba de conocer en el momento de formular dicha solicitud.

El dolo o culpa grave en las declaraciones del asegurado o del Contratante y la omisión dolosa o culposa en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da a la Compañía acción para pedir judicialmente la rescisión del contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa, quedando a favor de la misma, la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o el asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Compañía, tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena de que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiere conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuere asegurable, la Compañía tendrá acción para rescindir el contrato.

CLAUSULA TERCERA - RECTIFICACIONES AL CONTRATO

Cualquier cambio a las Condiciones de esta Póliza debe constar por escrito en la misma mediante el anexo respectivo y ser autorizado por el funcionario expresamente establecido por la Compañía Aseguradora.

Si el contenido de esta Póliza o sus modificaciones no concordaren con los términos convenidos, el contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los quince días siguientes a la fecha en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones.

CLAUSULA CUARTA - ALCANCE TERRITORIAL

El seguro cubrirá los gastos Médicos Hospitalarios en los países establecidos en la carátula de la póliza y en las condiciones especiales de la misma.

CLAUSULA QUINTA - COLECTIVIDAD ASEGURABLE

El grupo asegurable estará constituido por las personas que lleguen a formar parte del personal del Contratante en la relación y calidad establecida en la carátula de la póliza, así como sus respectivos grupos familiares que se encuentren reconocidos como tales en los registros del contratante y que cumplan los límites de edad y las condiciones de asegurabilidad establecidas en las condiciones generales y especiales de la póliza.

CLAUSULA SEXTA - VIGENCIA Y RENOVACION

La vigencia del seguro será por un año, a partir de la fecha estipulada en la carátula de la póliza y podrá ser renovado por períodos de igual duración por mutuo consentimiento de las partes contratantes. La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del Grupo Asegurado.

II. LOS ASEGURADOS

CLAUSULA SEPTIMA - LIMITES DE EDAD PARA LA AFILIACION

Al inicio del seguro, los asegurados deberán tener una edad no mayor de 65 años. En la renovación del contrato, los asegurados que alcancen una edad mayor de 65 años, continuarán asegurados únicamente con el 50% de la suma anual vitalicia y hasta la edad de 70 años.

El cónyuge del asegurado gozará de los beneficios del seguro mientras no cumpla la edad de 65 años, cumplida dicha edad, el seguro terminará automáticamente. Si por error del Contratante o del asegurado, se hubiere incluido en el grupo asegurado a personas mayores de los límites de edad establecidos, la Compañía podrá anular las respectivas inscripciones individuales, quedando obligada únicamente a devolver las primas cobradas, deducidas las primas consumidas a esa fecha. La Compañía podrá pedir la comprobación de la fecha de nacimiento de cualquier persona inscrita en el seguro, en la fecha que lo considere conveniente.

CLAUSULA OCTAVA - EL ASEGURADO

Para los efectos de esta póliza se entiende que el asegurado es la persona natural que mantiene una relación con el contratante en la forma establecida en la carátula de la póliza y de conformidad con los límites de edad establecidos.


CLAUSULA NOVENA - LOS DEPENDIENTES DEL ASEGURADO

Para los efectos de esta Póliza se entiende que los dependientes del asegurado son los siguientes:

- a) El cónyuge o compañera(o) de vida del asegurado, registrado como tal ante el contratante.
- b) Los hijos, hijastros e hijos adoptados legalmente; todos ellos solteros, dependientes económicos del asegurado y que no sean mayores de 25 años de edad.
- c) Los nuevos hijos que sean procreados en los grupos familiares, gozarán de las coberturas del seguro a partir del décimo quinto día de su nacimiento.

CLAUSULA DECIMA - ALTAS Y BAJAS


Al inicio de la vigencia del seguro, las personas que reúnan las condiciones para formar parte del grupo asegurado, serán inscritos por la compañía en el Registro de Asegurados que formará parte de la póliza.

 Durante la vigencia del período del seguro, el Contratante deberá reportar por escrito a la Compañía los movimientos de altas y bajas de su personal, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que estas ocurran. Causará baja de la póliza, los asegurados que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus respectivos dependientes, aún cuando el contratante no envíe el aviso respectivo a la compañía.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA - SEGURO AUTOMATICO

Toda persona que llegue a reunir las condiciones, requisitos y características para formar parte del grupo asegurado o empresa contratante, quedará automáticamente asegurada 30 días, después de la fecha en que reunió tales condiciones.

Transcurrido este periodo el seguro continuará en vigor siempre que el asegurado hubiese sido inscrito en el registro de esta póliza.

 En el caso de las pólizas optativas, contributivas o voluntarias, si la inscripción de una persona fuere solicitada después de transcurrido el período de treinta días, antes indicado, cualquiera que sea la causa, la Compañía se reserva el derecho de no aceptar tales solicitudes o exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y en base a los resultados de las mismas decidir la aceptación o declinación de dicha inscripción.

III. COBERTURAS

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA - DESCRIPCION DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará los gastos médicos-hospitalarios que sean estrictamente indispensables, médicamente necesarios, razonables y acostumbrados, en que incurra el asegurado como consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a los términos contemplados en las condiciones generales y especiales de esta Póliza.

CLAUSULA DECIMA TERCERA - DEFINICIONES

a) ENFERMEDAD

Se entiende por enfermedad, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo.

b) ACCIDENTE

Para los efectos de esta póliza se considerará como accidente; el acontecimiento que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo caso de ahogamiento o de lesiones internas reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasione la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido independientemente de la voluntad del Asegurado y por la acción directa o violenta de causas externas.

c) ACCIDENTE Y ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Se entiende como tales, el accidente que haya ocurrido y, toda enfermedad o lesión, congénitas o no, que el asegurado haya adquirido previo a la fecha de su inclusión en este contrato, o en otro al que éste dé continuidad, siempre que dicha enfermedad o lesión haya sido diagnosticada por un médico o que sus síntomas o signos no puedan pasar desapercibidos por el asegurado o terceras personas, antes de dicha fecha.

CLAUSULA DECIMA CUARTA - GASTOS CUBIERTOS

De conformidad con las definiciones, límites de coberturas, condiciones generales y condiciones especiales del contrato, la compañía reembolsará al asegurado los gastos en que haya incurrido por bienes o servicios de salud indicados a continuación, para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades o accidentes.

1. Consulta y tratamiento médico fuera del hospital, a causa distinta de embarazo.
2. Medicamentos y servicios de laboratorio fuera del hospital, prescritos por el médico tratante, a causa distinta de embarazo.
3. Servicios de Hospitalización. Incluye una visita diaria del médico tratante y las prestaciones brindadas en un hospital o clínica, las cuales se indican a continuación:
 - a) Cuarto privado y alimentación para el asegurado hospitalizado.
 - b) Uso de la sala para cuidados intensivos o aislamiento y equipo de apoyo utilizados en éstas.
 - c) Cuidados de enfermería general o especializada.
 - d) Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
 - e) Otros servicios:
 - Uso de sala de operaciones y sala de recuperación.
 - Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
 - Medicamentos, anestesia, equipo de anestesia y oxígeno.
 - Exámenes de laboratorio y cualquier otra prueba de diagnóstico, indicada de acuerdo con el padecimiento del asegurado.
 - Transfusiones de sangre, sueros y otras sustancias semejantes.
4. Servicios de Cirugía Hospitalaria y Ambulatorios. Los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo con el diagnóstico, dentro de los que se incluyen los servicios del cirujano, asistente y anestesta, de acuerdo a los límites y condiciones establecidas.
5. Cuidados de Enfermería. Los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión.
6. Terapias Especiales. Servicio de radio-terapia, lámino-terapia, láser-terapia, galbano-terapia, sono-terapia, fisio-terapia y terapia de inhalación, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.
7. Aparatos de apoyo prescritos por el médico para el tratamiento del padecimiento.
 - a) Aparatos de yeso, ortopédicos y prótesis
 - b) Gastos de alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial para enfermo, pulmón artificial y otros aparatos semejantes.
 - c) Gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales; únicamente a causa de accidente.
8. Tratamiento de eventraciones. Sólo que sean a consecuencia de un accidente.
9. Servicio de ambulancia terrestre dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad: hacia o desde el hospital o clínica.

CLAUSULA DECIMA QUINTA - GASTOS NO CUBIERTOS

1. Tratamiento de accidentes y/o enfermedades preexistentes.
2. Tratamientos de enfermedades o padecimientos congénitos.
3. Atención médica y hospitalaria por atención prenatal, embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo.
4. Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica: trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, histeria, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas; trastornos de la conducta, del lenguaje y el aprendizaje, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

5. Cirugía plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético a excepción de la cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente cubierto y ocurrido en la vigencia de esta póliza y dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.
6. Enfermedades y tratamiento dental, alveolar, gingival, máxilo facial y sus complicaciones, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubiertos por este contrato.
7. Todo aparato en sustitución o en apoyo a piezas dentales: Dientes postizos, coronas, incrustaciones, puentes, ortodoncia, endodoncia, etc.
8. Tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo para corregir cataratas, astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada y situaciones similares.
9. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y cualquier otro tipo de lentes y aros.
10. Alcoholismo, drogadicción, toxicomanía.
11. Tratamiento médico o quirúrgico para la procreación artificial, esterilidad, control natal, circuncisión, modificación del sexo; calvicie, obesidad, bajo peso, varices, varicocele y acné.
12. Tratamiento de la epilepsia y sus complicaciones y el tratamiento del síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), en cualquiera de sus etapas y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo.
13. Exámenes médicos generales o específicos para la comprobación del estado de salud, conocidos como CHECK-UP o estudios clínicos, de laboratorio o gabinete y tratamientos o curas en clínicas de reposo, de ancianos, en balnearios o en baños termales.
14. Tratamientos médicos y quirúrgicos realizados por quiroprácticos, acupunturistas, naturistas y homeopatía.
15. Tratamientos de cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicinas.
16. Cargos por servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia.
17. Los siguientes medicamentos: toda forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas, etc., además de dispositivos intrauterinos o diafragmas; medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública, inmunizaciones (vacunas) y pruebas de alergia; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches.
18. Gastos ocasionados por personas acompañantes de un asegurado hospitalizado.
19. Prostatectomía efectuada después que el asegurado haya cumplido 60 años de edad.
20. Exámenes de resonancia magnética nuclear.
21. Si la póliza tuviere la cobertura de Reembolso de gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos fuera del área de Centro América, incluidos Panamá y Belice y que ocurran durante los primeros cuatro meses de la vigencia de la póliza, quedarán excluidos salvo que sean consecuencia de accidentes y enfermedades infecciosas, cubiertas por el contrato de seguro.
22. Gastos incurridos por los asegurados en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.
23. No se cubre en ninguna forma los tratamientos efectuados con rayos laser o cualquier otro equipo que no esté especificado en la póliza principal.
24. Gastos por litotripsia por ultrasonido, la cirugía laparoscópica con o sin laser.

25. La histerectomía antes de los 50 años, excepto en casos de cáncer.
26. Tratamientos menopáusicos.

CLAUSULA DECIMA SEXTA - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este contrato los accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causadas por o derivadas de:

1. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
2. Servicio Militar, autolesiones y tentativas de suicidio; participar en actos de guerra o terrorismo, revolución, conmoción civil, conspiración, tumultos, motines, delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.
3. Viajar en aeronaves de cualquier tipo, que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a una ruta fija y legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
4. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
5. Prácticas de Deportes peligrosos: Paracaidismo; deportes marítimos o fluviales (buceo, esquí, etc.); vuelos en planeadores, vuelos Delta o similares; artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romanas, u otras luchas similares; cacería, tiro, tauromaquia, montadura; alpinismo y espeleología.



IV. LAS PRIMAS

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA - CALCULO DE LA PRIMA

En la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza y en cada aniversario de la misma, se establecerá la prima anual correspondiente al grupo asegurado, de acuerdo con las tarifas de la compañía vigentes en la fecha de emisión o aniversario, tomando en consideración las coberturas otorgadas, la edad alcanzada y el sexo de los asegurados; las sumas aseguradas y los precios de mercado de los bienes y servicios médico-hospitalario vigentes.

Cuando se produzcan inscripciones o cancelaciones de asegurados, las primas a cobrar o devolver, según el caso, se determinarán a base de meses completos, tomando como base la fecha del próximo vencimiento de la prima.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA - FORMA DE PAGO

La prima del seguro es pagadera en forma anual y anticipada. Sin embargo, podrá convenirse su pago en forma fraccionada con el correspondiente recargo.

CLAUSULA DECIMA NOVENA - VENCIMIENTO DE LA PRIMA

La prima del seguro o cada una de sus fracciones convenidas, vencen al inicio del período que cubren, tal como se indica en los recibos de primas correspondientes.

CLAUSULA VIGESIMA - PERIODO DE GRACIA Y CADUCIDAD

El contratante tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de vencimiento del plazo convenido. Vencido este plazo, los efectos del contrato quedarán en suspenso; sin embargo el contratante dispondrá aún de tres meses para el pago de las primas vencidas. Al final de este último plazo el contrato caducará automáticamente.

V. PAGO DE SINIESTROS

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA - AVISO DE SINIESTRO

Es obligación del contratante dar aviso por escrito a la compañía dentro de los cinco días subsiguientes a la fecha en que ocurra el accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización por los beneficios otorgados por esta póliza.

CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA - PRUEBAS

1. El asegurado reclamante presentará a su costo y satisfacción de la compañía, además de los formularios de reclamación que ésta le proporcione todos los originales de los comprobantes de los gastos incurridos, con los requerimientos fiscales exigidos por la ley, tales como recibos con conceptos desglosados y las facturas con sus correspondientes recetas; así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. Los comprobantes de gastos deberán indicar el nombre de la persona que ha recibido los servicios médicos.
2. La compañía queda facultada para nombrar un ajustador médico, cuando lo estime conveniente, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesiones, la inspección de la clínica y hospital en el que se encuentre internado el asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos.
3. La compañía tiene derecho, en caso de enfermedad o accidente de los asegurados, de verificar el estado patológico, siempre y cuando lo estime conveniente, y al asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por la compañía, entendiéndose que la negativa del asegurado autoriza a la compañía para rechazar la reclamación o suspender los pagos que se hayan venido realizando, a partir de la fecha de la negativa del asegurado. Esta circunstancia la compañía la comunicará por escrito al contratante.

CLAUSULA VIGESIMA TERCERA - SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Las cantidades que la compañía tenga que pagar en concepto de indemnización lo hará, mediante el sistema de reembolso de gastos, al asegurado reclamante a través del contratante de la póliza. Sin embargo, podrá convenirse el pago al contratante, al asegurado o directamente a los médicos u hospitales que hubieran prestado los servicios.

El crédito hospitalario funcionará cuando el asegurado fuere hospitalizado y por consultas de emergencias y se incluirán los servicios del hospital, tales como materiales, medicinas, enfermería, equipos, uso de salas, exámenes de laboratorio, etc. Todo crédito será otorgado a favor de la Compañía y el contratante será el responsable cuando ésta tenga que resarcirse de aquellos gastos médicos efectuados en los asegurados que por su condición no fueron cubiertos por las condiciones de la póliza, así como los deducibles y coaseguros que fueren absorbidos por los asegurados.

Los reintegros de estos gastos médicos serán hechos por el contratante en un plazo máximo de 30 días a partir de la fecha en que le fueren solicitados por la Compañía.

Al requerir cualquier asegurado los servicios hospitalarios, únicamente deberá presentar su carné de inscripción de seguro, el ingreso al hospital no requerirá depósito alguno.

CLAUSULA VIGESIMA CUARTA - PLAZO PARA EL PAGO

La indemnización será exigible treinta días después de la fecha en que la compañía haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

CLAUSULA VIGESIMA QUINTA - MONEDA

En consideración a lo contemplado en la Ley de Integración Monetaria, la unidad monetaria utilizada en este contrato es el dólar de los Estados Unidos de América, utilizando la tasa de cambio de OCHO COLONES CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS, por cada dólar. Por lo tanto, todas las obligaciones monetarias derivadas con este contrato se pagarán en dólares, en la oficina principal de la Compañía de la Ciudad de San Salvador.

CLAUSULA VIGESIMA SEXTA - OTROS SEGUROS

Si los gastos médicos cubiertos por esta póliza estuvieran amparados en todo o en parte por otros seguros, en esta o en otras compañías, el reembolso pagadero en total por todas las pólizas, no excederá a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza.

VI. OTRAS CONDICIONES

CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA - REINSTALACION DE SUMA

Si un asegurado hubiere consumido el 50% de la suma máxima establecida para los "Gastos Médico-Hospitalarios", este porcentaje podrá ser restablecido siempre y cuando la compañía lo acepte y el asegurado pruebe a satisfacción de la compañía su buen estado de salud, a través de las pruebas de asegurabilidad que la compañía determine.

De ser aceptado por la compañía dicho restablecimiento, lo comunicará por escrito al contratante, indicándole la fecha a partir de la cual surtirá efecto y las condiciones dentro de las cuales funcionará el restablecimiento.

Los costos de las pruebas de asegurabilidad que la compañía requiera, serán por cuenta del asegurado y realizadas por los médicos designados por la compañía.

CLAUSULA VIGESIMA OCTAVA - REPOSICION DE LA POLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de la presente Póliza, ésta será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Contratante y siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuere aplicable.

Los gastos de reposición serán por cuenta del Contratante.

CLAUSULA VIGESIMA NOVENA - COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación a la compañía relacionada por la presente póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma.

CLAUSULA TRIGESIMA - PRESCRIPCION

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

CLAUSULA TRIGESIMA PRIMERA - PROCEDIMIENTO DE CONCILIACION

En caso de discrepancia del asegurado o beneficiario con la Compañía en el pago de un siniestro, éste acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero, y solicitará por escrito que se cite a la Compañía a una audiencia conciliatoria, debiendo seguir el trámite establecido en los artículos noventa y nueve al ciento seis de la Ley de Sociedades de Seguros.

Asimismo, el asegurado o beneficiario, no podrá interponer ninguna demanda o solicitud en contra de la Compañía, puesto que de conformidad con el artículo ciento cinco de la citada Ley, es necesario que declare que ante la Superintendencia del Sistema Financiero se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refieren los artículos relacionados y que presente certificación extendida por las referida Superintendencia de que se tuvo por intentada y no logradas dicha conciliación.

CLAUSULA TRIGESIMA SEGUNDA - ARBITRAJE

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Sociedades de Seguros, toda desavenencia entre el asegurado y la compañía en relación a la interpretación o aplicación de la presente póliza y/o sus anexos, deberá ser resuelta por árbitros, nombrados de conformidad a la Ley de Protección al Consumidor y en lo que no esté dispuesto expresamente en la referida Ley, se aplicarán supletoriamente las disposiciones de la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje.

El Arbitraje procederá, una vez que hayan sido agotados los procedimientos de conciliación y mediación sin que se haya solucionado el conflicto entre las partes.

Es especialmente convenido que esta cláusula ha sido libremente discutida y aceptada por ambas partes, como un medio alternativo de solución de conflictos, establecido por la Ley de Protección al Consumidor antes relacionada.

ALAMEDA ROOSEVELT 3107, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.
APDO. POSTAL 527, TEL.: 2257-6666, FAX: 2223-2687
www.mapfre.com.sv
email: info@mapfre.com.sv

CLAUSULA TRIGESIMA TERCERA - COMPETENCIA

Para los efectos legales de esta póliza, las partes contratantes señalan el domicilio de San Salvador, a cuya jurisdicción se somete especialmente y de manera expresa. Ningún tribunal admitirá demanda alguna contra la Compañía, sin que el demandante haya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero que dispone los artículos noventa y nueve y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros.

