



SEGUROS DEL PACIFICO, S.A.

Paseo General Escalón # 4334 entre 83 y 85 Av. Norte, San Salvador, El Salvador, C.A. Apdo. 05-51
Tels.: 2283-0800, 2283-0802, www.pacifico.com.sv, e-mail: pacifico@salnet.net

POLIZA DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

(SEGUROS BASICOS)

CONTRATANTE: **Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma (CEPA)**

PÓLIZA No.: **SMH-114/2015**

VIGENCIA: **Desde el 01 de Enero de 2015**

Hasta el 01 de Enero de 2016;

Ambas fechas a las doce horas del día

SEGUROS DEL PACIFICO, S. A. Del domicilio de San Salvador, República de El Salvador, Centro América, en adelante denominada **"LA COMPAÑIA"**, se obliga a indemnizar a cada miembro de la colectividad asegurada, en lo sucesivo denominados **"EL ASEGURADO"**, los cuales figuran en el registro de asegurados anexo a esta Póliza, por los gastos médicos incurridos en caso de accidente o enfermedad, por concepto y hasta por las cantidades que en ella se estipulan. La indemnización pactada se efectuará en forma de reembolso de los gastos médicos cubiertos de acuerdo a lo estipulado en las condiciones y anexos de este contrato, siempre que para ello no exista obstáculo alguno conforme a la ley o a lo convenido en esta póliza y el accidente o enfermedad que ocurra dentro de la vigencia de la misma y no estén excluidos conforme a las estipulaciones del contrato. Quedarán a cargo del asegurado la cantidad en concepto de deducible y el porcentaje de coaseguro correspondiente aplicable a los gastos realizados en exceso del deducible más adelante mencionado.

PLAN DE SEGURO

Contratante: **COMISIÓN EJECUTIVA PORTUARIA AUTÓNOMA (CEPA)**

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 El Salvador e Ilopango, Puerto de Acajutla, Puerto La Unión y FENADESAL, designados por Junta Directiva.

Suma asegurada: **US\$85,715.00 Por persona**

El modelo del presente contrato ha sido depositado en la Superintendencia del Sistema Financiero, en fecha 02 de Mayo de 2002, en cumplimiento a lo establecido en los artículos 22 de la Ley de protección al consumidor y 12 de su reglamento.

/Ev.



SMH-114/2015

Deducible:

US\$1,000.00 Fuera de Centro América (por evento).

US\$150.00 En Centro América, incluyendo Belice y Panamá
(Año póliza máximo 3 por familia combinado).

Límite territorial:

Mundial

Porcentaje de Reembolso:

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

90%/10% Centro América, incluyendo Belice y Panamá, para
los primeros US\$5,714.00, 100% para toda cantidad en exceso.

Forman parte integrante
de esta póliza la presente Carátula, Condiciones Generales,
Condiciones Especiales,
Endosos, Anexos de Límites y Cláusulas Adicionales si las
hubiere.

de esta póliza la presente Carátula, Condiciones Generales,
Condiciones Especiales, Endosos, Anexos de Límites y Cláusulas Adicionales si las
hubiere.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, se firma la presente póliza por duplicado, siendo el
original para el Contratante y el duplicado para los archivos de la Compañía, en la ciudad
de San Salvador, a los nueve días del mes de Enero del año dos mil quince.-


Martha Alicia de Hernández
Jefe de Operaciones





SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

RAMO DE SALUD

POLIZA No. SMH-114/2015

CONDICIONES ESPECIALES

RIESGOS A CUBRIR Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD

1. PERSONAL A ASEGURAR

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

2. CONDICIONES DE COBERTURAS

- a) *Clasificación de Coberturas : Mundial*
- b) *Suma Máxima por la vigencia de la Póliza por cada miembro del grupo familiar Ochenta y cinco mil setecientos quince 00/100 dólares (US\$ 85,715.00).*
- c) *Cuarto y alimento diario:*
 - *Fuera de Centro América: US\$ 1,000.00*
 - *En Centro América: US\$ 70.00*

DEDUCIBLES (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE)

- *Fuera de Centro América: US\$ 1,000.00 por evento.*
 - *En Centro América: US \$ 150.00*
- Deducible Año Póliza, máximo tres por familia (combinado)*

PORCENTAJE DE REEMBOLSO

Fuera de Centro América: 80%/20% para los primeros US\$10,000.00, 100% para toda cantidad en exceso.
Centro América, incluyendo Belice y Panamá: 90%/10% para los primeros US\$5,714.00, 100% para toda cantidad en exceso.





BENEFICIO POR MATERNIDAD

- Parto normal* US \$1,200.00
- Cesárea* US \$2,000.00
- Aborto legal* US \$ 700.00

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

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.

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.

PREEXISTENCIAS

Se aceptará 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.

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.





CREDITO POR SERVICIO DENTRO Y FUERA DE CENTRO AMÉRICA INCLUYENDO BELICE Y PANAMÁ

La compañía aseguradora contratista, deberá gestionar y otorgar 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.

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.

INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS

- a. 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.*
- b. Deberá presentarse cuadro resumen en forma mensual de los ajustes efectuados para Oficina Central y las empresas de CEPA.*

INCLUSIONES Y EXCLUSIONES DE EMPLEADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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 bastara que el Administrador del Contrato designado por CEPA lo comunique por escrito a la Compañía Aseguradora.

El costo de la inclusión del empleado se determinará 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.





3. 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).**
- 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 trate 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 US\$20,000.00 para ambulancia aérea y US\$ 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 hysterectomías, 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 fisioterapeutas.**
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.**





SMH-114/2015

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 coseguro 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 aceptará 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 periodo 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.**



W



- 39. Zapatos y plantillas ortopédicas, 1 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.
- 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, 1 receta cada 6 meses.**
- 53. **Los gastos médicos que se realicen dentro y 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 \$200.00 más IVA; sin aplicación de deducible y coseguro.**
- 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.**
- 57. **Prima: Es obligación para la Compañía Aseguradora ofertante indicar en su correspondiente póliza, la tasa aplicada a la prima por empleado solo y empleado con familia.**
- 58. **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 un monto de US \$3,000.00.**
- 59. **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.**
- 60. **Acne, Acné inflamatorio, siempre y cuando sea considerado como una enfermedad.**
- 61. **Medicamentos recetados por retardos del crecimiento y bajo peso.**
- 62. **El asegurado no estará obligado a presentar resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos casos con diagnóstico de enfermedades crónicas.**
- 63. **Presentar listado de aranceles a utilizar, para la indemnización de reclamos.**
- 64. **Ofrecer servicios con red de proveedores médicos, sin costo adicional.**





SMH-114/2015

65. En caso de retiro del empleado de CEPA, este tendrá la facultad de mantener el seguro Médico Hospitalario hasta la terminación del año de la 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).

66. Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico para la obesidad, hasta un máximo de US\$7,000.00

4. COSTO DEL SEGUO

Categoría	Nº de Asegurados	Suma asegurada individual	Prima individual	Totales
Empleado solo	12	\$85,715.00	\$790.00	\$9,480.00
Empleado con familia	155	\$85,715.00	\$3,004.00	\$465,620.00
TOTALES	167	US\$14,314,405.00		US\$475,100.00

FORMA DE PAGO (SEGUO BÁSICO)

CEPA procederá a pagar el total de las primas que resultaren de la Suma Básica adjudicada en 4 cuotas de pagos, realizados en los meses que estipulará la forma de pago convenida.

Cuota Nº 1 (30 días después del Inicio de la vigencia de la póliza).

Cuota Nº 2 (60 días después del Inicio de la vigencia de la póliza).

Cuota Nº 3 (90 días después del Inicio de la vigencia de la póliza).

Cuota Nº 4 (120 días después del Inicio de la vigencia de la póliza).

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, se firma la presente póliza por duplicado, siendo el original para el Contratante y el duplicado para los archivos de la Compañía, en la ciudad de San Salvador, a los nueve días del mes de enero del año dos mil quince.

"SEGUROS DEL PACIFICO, S.A."


Martha Alicia de Hernández
Jefe de Operaciones





SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO CONDICIONES GENERALES

I. CONTRATO

Forman parte de este contrato: la solicitud del contratante, las solicitudes individuales, el registro de asegurados, las condiciones especiales, y los demás anexos que formen parte de la póliza si los hubiere.

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

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

II. DESCRIPCION DE COBERTURA.

Si durante la vigencia de esta póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad el asegurado incurriera en cualquiera de los gastos especificados en la cláusula "gastos médicos cubiertos" y lo estipulado en las condiciones especiales de cobertura del seguro, la Compañía reembolsará el costo de los mismos hasta por la suma asegurada máxima de esta cobertura, ajustándolo previamente a las limitaciones y las cantidades a su cargo por concepto de deducible y coseguro, consignadas en la carátula de la póliza.

III ENFERMEDAD CUBIERTA.

Es toda alteración de la salud que no sea originada por un accidente o a consecuencia de éste, mientras se encuentre en vigor la cobertura. También serán consideradas como enfermedades cubiertas, sujeto a lo establecido en la cláusula "amplitud de los gastos médicos cubiertos" las siguientes complicaciones del embarazo:

- a) Embarazo extrauterino.
- b) Toxemia del embarazo.
- c) Embarazo molar.

Asimismo, las malformaciones congénitas de los hijos del asegurado nacidos durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando estén amparados y hayan sido inscritos durante los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento.





IV ACCIDENTE CUBIERTO

Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado causada directamente por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos o por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura a su favor y que no sean consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

V GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos en que se incurra por o a cuenta del asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubiertos que:

- a) Por prescripción de un médico o cirujano autorizado legalmente, para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento y que no sean en exceso de los costos razonables y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios o se proporcionan dichos materiales.*
- b) Sean proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del asegurado.*
- c) Cuya erogación sea hasta el límite del beneficio máximo establecido por cada concepto, en la carátula de la póliza.*
- d) Sean por una o más de las siguientes causas:*

- 1. Cuarto de Hospital.-** Costo de éste incluyendo alimentos del paciente.
- 2. Médicos y/o cirujanos.-** Por intervención quirúrgica incluyendo honorarios de ayudantes, consultas post-operatorias, honorarios por visitas y/o consultas que no sean pre-operatorias.
- 3. Enfermera.-** Honorarios profesionales.
- 4. Anestesta. Honorarios profesionales.**
- 5. Suministros de Hospital.-** Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones.
- 6. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras substancias semejantes.**
- 7. Unidad de Cuidados Intensivos, liquidado a lo justo, acostumbrado y razonable.**
- 8. Consumo de oxígeno.**





9. **Servicios de diagnóstico.-** exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, isótopos radioactivos, electrocardiografías, tomografía axial computarizada (scan), ultrasonido o de cualquiera otros indispensables para el tratamiento de accidentes o enfermedades.
10. **Servicios de terapia.-** Física, radioactiva, fisioterapia.
11. **Servicios de ambulancia terrestre en la localidad.-** Hacia o desde el hospital.
12. **Otros medicamentos.-** Los requeridos fuera del hospital que estén relacionados con el padecimiento.
13. **Aparatos ortopédicos y prótesis.-** Los necesarios para el tratamiento integral del padecimiento.
14. **Renta de equipo de hospital.-** Los que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.
15. **Tratamiento de eventraciones.-** Sólo los que sean a consecuencia de una operación practicada al asegurado dentro de la vigencia del seguro o bien, los que se demuestre que sean a consecuencia de un accidente.
16. **Gastos de prótesis dental.-** Únicamente a consecuencia de accidente.

VI AMPLITUD DE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Cuarto de Hospital.- Hasta el beneficio máximo por cuarto de hospital que aparece en la carátula de esta Póliza, por cada día de hospitalización.

- a) **Anestesiista.-** Hasta el 35% de los honorarios del cirujano cubiertos por esta póliza que correspondan a la intervención quirúrgica de que se trate.
- b) **Aparatos y prótesis.-** Será hasta el gasto incurrido con límite del máximo vitalicio contratado.
- c) **Quedarà excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.**
- d) **accidente o enfermedad.**
- e) **Otros gastos médicos cubiertos.-** Hasta el gasto incurrido.
- f) **Visitas médicas.-** Hasta el gasto incurrido y con un máximo de 30 visitas por mes.
- g) **Enfermera.-** Hasta el gasto incurrido. En caso de contratarse fuera de un hospital se pagarán por un máximo de 30 días, por cada accidente o enfermedad.





VII EXCLUSIONES

a) ACCIDENTES O ENFERMEDADES QUE SE ORIGINEN POR PARTICIPAR EN:

1. **Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, motín o insurrección, en que el asegurado participe directamente.**
2. **Actos delictivos intencionales en que participen directamente el asegurado (homicidio intencional, riñas, etc.)**
3. **Aviación privada o militar en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.**
4. **Pruebas de contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
5. **Paracaidismo, alpinismo, buceo, tauromaquia, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología, cualquier tipo de deporte aéreo y otras actividades notoriamente peligrosas.**

b) GASTOS INCURRIDOS A CONSECUENCIA DE:

1. **Tratamiento de cualquier incapacidad que se hubiere originado antes de la fecha de vigencia de la póliza, independientemente que los síntomas y/o signos que se hayan manifestado con anterioridad de la vigencia de la póliza, haya tenido o no conocimiento del diagnóstico o síntoma. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará después de 180 días de cobertura continua bajo esta póliza, siempre y cuando, durante los 180 días no se haya incurrido en tratamiento o consulta médica por esa incapacidad.**
2. **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; trastornos de la conducta y el aprendizaje. Sin embargo, si el asegurado es hospitalizado, será cubierto a través del plan.**
3. **Circuncisión y enfermedades congénitas, salvo lo mencionado en la cláusula de enfermedades cubiertas.**
4. **Embarazo y sus complicaciones que no sean precisamente las consignadas como cubiertas en esta póliza y, cualquier tipo de legrado.**
5. **El tratamiento dental, alveolar, gingival, maxilo facial y sus complicaciones. Sin embargo, se cubrirán los tratamientos dentales originados por un accidente cubierto debidamente comprobado y cubierto por la póliza que cause lesiones en diente naturales.**





6. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como CHEQUEO. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.**
7. **Cirugía plástica o estética de cualquier tipo, en caso de cirugía reconstructiva, se cubrirá cuando la intervención se realice dentro de los 90 días siguientes a partir de la ocurrencia de un accidente cubierto, debidamente comprobado.**
8. **Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.**
9. **Suicidio, lesiones o alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos.**
10. **Adquisición de aparatos auditivos, lentes intraoculares, de contacto y anteojos; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopia, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco cubre queratotomía, radiada y similares.**
11. **Tratamiento de calvicie, obesidad, esterilidad y bajo peso.**
12. **Intervenciones quirúrgicas o tratamiento para control natal.**
13. **Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico quirúrgico realizado por quiroprácticos, acupunturistas y naturistas.**
14. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir de un tratamiento médico quirúrgico expresamente excluido en esta póliza.**
15. **Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos.**
16. **Tratamientos para las alergias.**
17. **Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA.**
18. **Tratamiento de la epilepsia y sus complicaciones.**
19. **No se cubrirán a los hijos de los asegurados nacidos prematuramente, tampoco se cubrirán los que nazcan con anomalías de gigantismo.**
20. **Prostatectomía efectuada después que el asegurado haya cumplido 60 años de edad,**
21. **Histerectomía antes de los 50 años, excepto en casos de cáncer y premalignidad; tampoco se cubrirán los tratamientos menopáusicos y andropáusicos.**
22. **Gastos por tratamientos médicos incurridos después del vencimiento de la póliza, a**
23. **Causa de accidente o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la póliza.**
24. **No se cubrirán enfermedades preexistentes a consecuencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, e insuficiencia renal; si no fueron expresadas en la correspondiente declaración de salud.**



al



25. *Todo tratamiento dental que sean utilizado la porcelana, así como cualquier procedimiento de frenos o frenillos dentales.*

26. *No se cubrirán complicaciones derivadas de intervenciones quirúrgicas en las cuales no haya existido ninguna complicación en el acto operatorio. Tampoco se cubrirán los procedimientos quirúrgicos en el cual todas las pruebas diagnósticas sean normales.*

VIII OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar a la Compañía de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, en el momento de la celebración del contrato de seguro.

La omisión declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para pedir la rescisión del contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave.

Si el asegurado o contratante hubiere cometido inexactitud u omisión, sin dolo o culpa grave de su parte, estarán obligados a hacerlo del conocimiento de la Compañía, tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se les considere responsables de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante de la inexactitud, la cobertura se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuera asegurable, la Compañía tendrá derecho a rechazar la solicitud o acción para rescindir el Contrato.

IX MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Toda modificación para que tenga validez deberá hacerse por escrito y por los funcionarios de la Compañía autorizados expresamente para ello. Toda notificación y comunicación con la Compañía, relacionadas con la presente póliza, deberá hacerse por escrito a la oficina principal de la misma. Los agentes vendedores no tienen facultad para recibir notificaciones o comunicaciones a nombre de la Compañía.





Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

X OBLIGACIÓN DE ASEGURAR

El Contratante está obligado a solicitar la cobertura de este seguro para todas aquellas personas que en la fecha de expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable.

Así mismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad reúnan dichas características, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que fueren elegibles.

Las personas que sean elegibles para formar parte del grupo asegurado y no desearan ser incluidas en la póliza, deberán de comunicar por escrito a la Compañía su renuncia a la oportunidad de ser incluidos en la misma y si con posterioridad a los 30 días en que fueren elegibles al plan, desearan incorporarse, deberán presentar pruebas satisfactorias de asegurabilidad a su costa.

El incumplimiento de estas obligaciones facultará a la Compañía para rechazar la solicitud individual de seguro o acción para pedir la rescisión del contrato.

XI REGISTRO DE ASEGURADO

Con base en los datos proporcionados por el contratante, la Compañía elaborará un Registro de asegurados para el período de seguro en curso, que contendrá:

- a) Número de póliza y de certificado*
- b) Nombre y edad de los asegurados*
- c) Fecha de inicio y terminación del seguro de cada uno de los miembros de la colectividad asegurada.*
- d) Suma asegurada y prima que le corresponda a cada asegurado.*

En el registro se anotarán todos los movimientos que haya en el grupo asegurado de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales del contrato.

Una copia autorizada de este registro será entregada al contratante por la Compañía.





XII MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

El contratante deberá reportar por escrito a la Compañía los movimientos de altas y bajas, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que estas ocurran.

Altas:

Los miembros que ingresen a la colectividad asegurable al inicio o posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguiente a su ingreso quedarán asegurados, si están en servicio activo, desde el momento que adquieran las características para formar parte de la colectividad asegurable, inclusive y en su caso sus dependientes económicos.

La Compañía podrá exigir la declaración de salud a los miembros de la colectividad asegurable que den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho o para formar parte de la colectividad asegurada. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Compañía.

Bajas:

Causarán bajas de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus dependientes. En este caso la Compañía devolverá al contratante la prima no devengada. Los beneficios del seguro cesarán desde el momento de su separación, excepto los siniestros que se encuentren pendientes de pago, de acuerdo a lo indicado en la cláusula "Período de Beneficio".

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

XIII RENOVACIÓN

Este contrato podrá ser renovado por mutuo consentimiento de las partes por período de un año, y bajo las mismas condiciones, previa solicitud escrita del contratante y aceptación expresa de la Compañía dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada período. La renovación podrá hacerse mientras el grupo asegurado, se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del grupo asegurado y como mínimo por diez personas.

La Compañía se reserva el derecho de efectuar modificaciones a los términos de este Contrato en la fecha de renovación del mismo.





No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, estén fuera de los límites establecidos en esta póliza.

Si la póliza no fuese renovada, los siniestros ocurridos durante la vigencia de ésta seguirán cubiertos por la totalidad de los beneficios pactados, hasta un máximo de 30 días contados a partir de la cancelación de la póliza.

XIV. EDAD

La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de 65 años de edad. En la renovación, la cobertura del seguro para las personas mayores de 65 años continuará en vigor con el 50% del máximo vitalicio hasta los 70 años de edad.

Si por error o dolo se inscribiere a personas mayores de 65 años, estas inscripciones no tendrán validez, quedando únicamente obligada la Compañía a devolver las primas cobradas por las mismas.

La Compañía en cualquier momento podrá pedir la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados.

XV. PRIMA

La prima para el primer período de vigencia de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados y sus dependientes inscritos, de acuerdo con lo establecido en las condiciones especiales de la póliza, y vence en el momento de la iniciación de vigencia del contrato. Salvo pacto en contrario se entenderá que el período del seguro es de un año.

En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los asegurados y sus dependientes, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

El pago de la prima es anual, pero el contratante en cualquier momento, mediante solicitud escrita podrá cambiar la forma de pago de acuerdo a las tarifas autorizadas de la Compañía. Esta forma de pago consistirá en un fraccionamiento de la prima anual y podrá ser trimestral, semestral o mensual y vencerán al inicio de cada período pactado.

El contratante tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriere un siniestro, la prima vencida se deducirá de la indemnización.



[Handwritten signature]



Vencido el plazo señalado en el párrafo anterior, el contratante dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, mediante el pago de las primas vencidas, durante ese período los efectos del contrato quedarán en suspenso. Al final de este último plazo, caducará el contrato.

XVI AJUSTES

En caso de alta o baja de asegurados o dependientes; o de aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá; según sea el caso, la prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta la fecha del vencimiento del seguro.

XVII AVISO DE SINIESTRO

Es obligación del contratante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

XVIII PRUEBAS

El reclamante presentará a su costo y satisfacción de la Compañía, además de los formularios de declaración 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.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente a comprobar cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante y/o del asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Los comprobantes de gastos deberán ser facturados a nombre del asegurado, indicando el nombre de la persona que ha recibido los servicios médicos.





XIX INDEMNIZACIONES

La Compañía pagará al asegurado la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por este contrato serán pagadas al asegurado a través del contratante de la póliza.

Cuando el beneficio máximo vitalicio ha sido pagado con respecto a cualquier persona asegurada y por cualquier enfermedad o accidente, el seguro de dicha persona bajo este beneficio terminará automáticamente.

Sin embargo, cuando a un empleado o dependiente asegurado, se le hubiere pagado al menos el 10% del máximo vitalicio, el beneficio máximo entero podrá ser restablecido mediante la presentación de las pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, las cuales correrán por cuenta del asegurado o familiar dependiente.

XX BENEFICIO DE REEMBOLSO

El monto de los gastos cubiertos se sujetará a los límites que por cada concepto se establece en el anexo que forma parte de la póliza. A este monto se descontará el deducible y el coaseguro correspondiente.

XXI MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sea por parte del contratante o de la Compañía se efectuarán en dólares de los Estados Unidos de América.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados de acuerdo a la tasa de cambio fija de ocho colones setenta y cinco centavos por dólar de los Estados Unidos de América.

XXII OTROS SEGUROS

Si los gastos médicos cubiertos por esta póliza estuvieran amparados en todo o 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.





XXIII. PERIODO DE BENEFICIO

Después de la fecha de la erogación del primer gasto médico, el asegurado tendrá derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos relativos a la enfermedad o accidente ocurrido, siempre y cuando no se haya agotado el beneficio máximo vitalicio.

Se considerará que los gastos médicos ocurren en la fecha en que se recibe el servicio médico correspondiente o en la que se efectúe la compra de los medicamentos o material médico necesario.

XXIV. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. En todo caso se procederá de acuerdo a lo que dispone el Código de Comercio de la República de El Salvador.

XXV. COMPETENCIA

Agotado el procedimiento arbitral y en caso de controversia en relación con la presente póliza, las partes fijan la ciudad de San Salvador, como su domicilio especial a la jurisdicción de cuyos tribunales quedan expresamente sometidas.

XXVI. DEFINICIONES

A. INCAPACIDAD

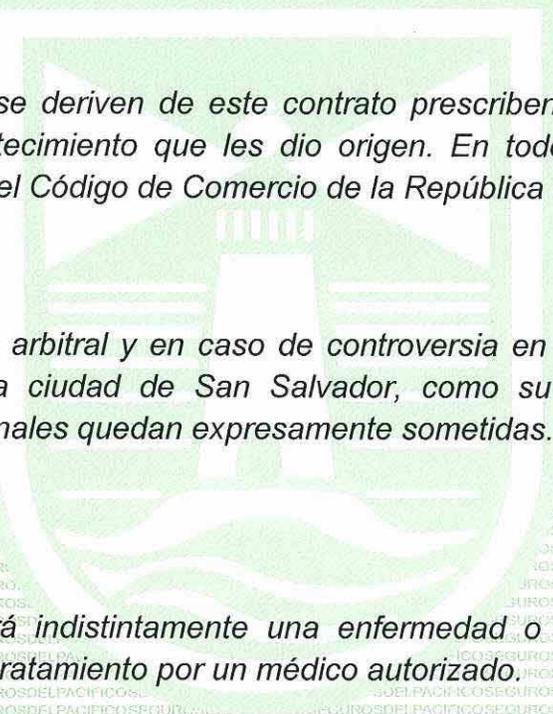
Es como se denominará indistintamente una enfermedad o una lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento por un médico autorizado.

B. MEDICO

Es como se designará al profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para práctica y ejercer la medicina.

C. HOSPITAL

Es como se designará a una institución organizada de acuerdo a la ley, que cuente con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios ininterrumpidamente las veinticuatro horas del día a personas enfermas o lesionadas, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras.





Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.

D. HOSPITALIZACIÓN

Es como se conocerá cuando una persona esté registrada como paciente en un hospital e incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación,

E. CONSULTA MEDICA

Es la visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del médico a consecuencia de una incapacidad.

F. VISITA DEL MEDICO

Es la atención y tratamiento médico, proporcionado en la casa del asegurado o en un Centro Hospitalario.

G. OPERACIÓN QUIRÚRGICA

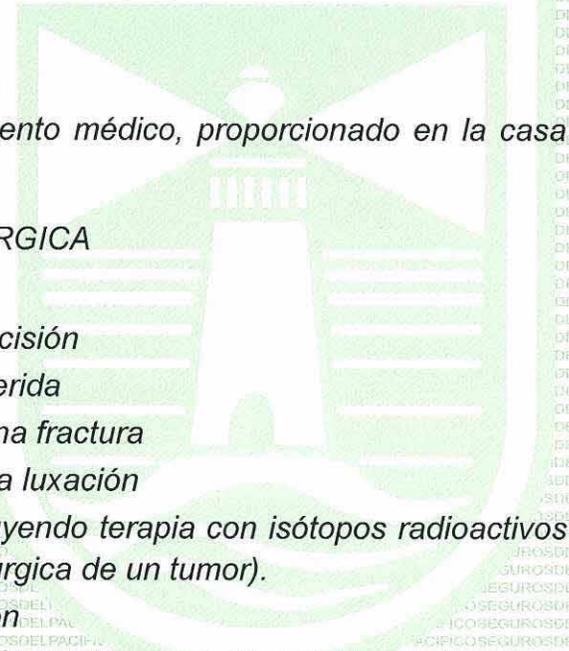
Se entenderá como tal:

- 1. La operación por incisión**
- 2. La sutura de una herida**
- 3. El tratamiento de una fractura**
- 4. La reducción de una luxación**
- 5. Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor).**
- 6. Electro cauterización**
- 7. Procedimientos endoscópicos para diagnósticos o terapia.**
- 8. El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.**

H. SERVICIOS DE HOSPITAL

Se entenderá como tal:

- 1. Los servicios o abastecimientos, suministrados al asegurado mientras permanezca recluido en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma.**
- 2. Uso local de ambulancia terrestre.**





I. POR "RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO"

Se entenderá que es razonable y acostumbrado un gasto por atención médica que no exceda el límite pagado por tratamientos similares proporcionados a personas del mismo sexo y edad.

J. DEDUCIBLE

Deducible es la suma establecida en la carátula de la póliza a cargo del asegurado sus dependientes, por los primeros gastos cubiertos el cual se aplicará una vez al año para cada miembro del grupo familiar. En caso de un accidente común, en el cual más de un miembro de los familiares sufra lesiones, solamente se aplicará un deducible.

K. COASEGURO

Es el porcentaje establecido en la carátula de la póliza a cargo del asegurado o sus dependientes, que se aplicará a los gastos cubiertos en exceso del deducible.

L. BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO

Esta cantidad es el límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía que se reembolsará al asegurado o a sus dependientes por una o más enfermedades o accidentes cubiertos.

M. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA

Se entenderá por colectividad asegurable a todos los miembros activos que reúnan las características establecidas en la carátula de esta póliza para formar parte de la colectividad asegurada y en su caso, sus dependientes económicos.

La colectividad asegurada estará constituida por las personas a que se refiere el párrafo anterior, que además hayan otorgado su consentimiento por escrito para incorporarse a esta póliza.

N. ASEGURADO

Es como se conocerá a un miembro de la colectividad asegurada y sus dependientes económicos.

O. DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Serán consideradas las personas que abajo se detallan, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado que pertenece a la colectividad asegurada; y su dependencia sea probada a satisfacción de la Compañía.

- 1. El cónyuge del asegurado, o la compañera de vida, que esté reconocida como tal en los archivos del contratante y la Compañía.*





2. **Hijos que no sean menores de quince (15) días, hijos solteros, hijastros e hijos adoptados legalmente cuyas edades no sean mayores de veintiún años y que dependan económicamente del empleado.**
3. **Hijos solteros, hijastros e hijos adoptivos, mayores de veintiún años y menores de veinticinco años, siempre que sean estudiantes a tiempo completo, que dependan del empleado para su sostenimiento y que residan con él.**

XXVII PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO

En caso de discrepancia del asegurado o beneficiario con la sociedad de seguros, en el pago de un siniestro, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero a solicitar la realización de una audiencia conciliatoria de conformidad a la Ley de Sociedades de Seguros, a cuyos términos y efectos quedan obligadas ambas





65. En caso de retiro de empleado de CEPA, este tendrá la facultad de mantener el seguro Médico Hospitalario hasta la terminación del año de la 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).

66. Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico para la obesidad, hasta un máximo de US\$7,000.00

4. COSTO DEL SEGURO

Categoría	Nº de Asegurados	Suma asegurada individual	Prima individual	Totales
Empleado solo	12	\$85,715.00	\$790.00	\$9,480.00
Empleado con familia	155	\$85,715.00	\$3,004.00	\$265,620.00
TOTALES	167	US\$1,431,440.50		US\$475,100.00

FORMA DE PAGO (SEGURO BÁSICO)

CEPA procederá a pagar el total de las primas que resultaren de la Suma Básica adjudicada en 4 cuotas de pagos realizados en los meses que estipulará la forma de pago convenida.

- Cuota Nº 1 (30 días después del Inicio de la vigencia de la póliza)
- Cuota Nº 2 (60 días después del Inicio de la vigencia de la póliza)
- Cuota Nº 3 (90 días después del Inicio de la vigencia de la póliza)
- Cuota Nº 4 (120 días después del Inicio de la vigencia de la póliza)

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, se firma la presente póliza por duplicado, siendo el original para el Contratante y el duplicado para los archivos de la Compañía, en la ciudad de San Salvador, a los nueve días del mes de enero del año dos mil quince.

“SEGUROS DEL PACIFICO, S.A.”

Martha Alicia de Hernandez
Martha Alicia de Hernandez
Jefe de Operaciones

