



# 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](http://www.pacifico.com.sv), e-mail: [pacifico@salnet.net](mailto:pacifico@salnet.net)

## SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

**Póliza N°:** SMH-114/2015  
**Asegurado:** Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma (CEPA)  
**Suma asegurada:** US\$46,114,670.00  
**Vigencia:** Desde las doce horas del día 01 de enero de 2016;  
Hasta las doce horas del día 01 de enero de 2017;

## COBERTURAS

### 1. PERSONAL SEGURO

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

- Clasificación de Coberturas: Mundial
- 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).
- Cuarto y alimento diario:
  - Fuera de Centroamérica: US\$1,000.00
  - En Centroamérica: US\$ 70.00

### DEDUCIBLES (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE)

- Fuera de Centroamérica: US\$1,000.00 por evento.
  - En Centroamérica: US\$ 150.00
- Deducible año póliza, máximo tres por familia (combinado)





SMH-114/2015

### **PORCENTAJE DE REEMBOLSO**

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

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

### **BENEFICIO POR MATERNIDAD**

<i>Parto normal</i>	<i>US\$1,200.00</i>
<i>Cesárea</i>	<i>US\$2,000.00</i>
<i>Aborto legal</i>	<i>US\$ 700.00</i>

*Los beneficios deberán ser pagados de acuerdo a las cantidades antes estipuladas sin aplicar deducible ni coseguro. 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.*





SMH-114/2015

## **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 CENTROAMÉRICA 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 Centroamérica, 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 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 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.**





SMH-114/2015

**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.**

**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.**





SMH-114/2015

**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 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, 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 Centroamérica 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 US\$200.00 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.

57. 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 Centroamérica, la cobertura será hasta el máximo de la suma asegurada de la vigencia.

60. Acné, Acné inflamatorio, siempre y cuando sea considerado como una enfermedad.







SMH-114/2015

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.
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 SEGURO**

Categoría	Nº de Asegurados	Suma Asegurada individual	Prima individual	Totales
Empleado solo	12	US\$85,715.00	US\$ 790.00	US\$ 9,480.00
Empleado con familia	150	US\$85,715.00	US\$3,004.00	US\$450,600.00
<b>TOTALES</b>	<b>162</b>	<b>US\$13,885,830.00</b>		<b>US\$460,080.00</b>

**FORMA DE PAGO (SEGURO BÁSICO)**

**04 Cuotas mensuales y sucesivas**

Número de cuotas	Días después de inicio de la vigencia de la póliza
1	30
2	60
3	90
4	120





SMH-114/2015

**Adjuntamos registro actualizado de las personas que de conformidad con nuestros controles se encuentran aseguradas.**

**Todos los demás términos y/o condiciones no indicados(as) en el presente documento, permanecen sin alteración conforme a la póliza original emitida y/o a cualquier modificación contenida en anexo emitido posteriormente al documento inicial.**

**La Compañía conviene en continuar la póliza descrita arriba en vigor, por el período especificado, sujeta a los términos, condiciones, acuerdos y limitaciones expresadas en dicha póliza y en las adheridas a la misma.**

**EN TESTIMONIO DE LO CUAL, se firma la presente en San Salvador, a los veinticinco días del mes de enero del año dos mil dieciséis.**



**Lic. Luis A. Rivas Ayala  
Apoderado Especial**



**Lic. Emérito de Jesús Velásquez  
Representante Legal**

/Eve.