



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

SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

(SEGUROS OPCIONALES)

Póliza N°: **SMH-114/2015**
Asegurado: **COMISIÓN EJECUTIVA PORTUARIA AUTÓNOMA (CEPA)**
Vigencia: **Desde las doce horas del día 01 de enero de 2017;**
Hasta las doce horas del día 10 de enero de 2017

RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD:

CATEGORÍA I

PERSONAL ASEGURADO:

Presidente, Directores, Asesores, Gerente General, Gerentes de Área, Gerentes de Empresas, Jefes 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.

1. CONDICIONES DE COBERTURAS:

- a) *Clasificación de coberturas: Mundial*
- b) *Suma máxima anual por la vigencia de la póliza por cada miembro del grupo familiar Setenta y cinco mil 00/100 dólares (US\$75,000.00)*
- c) *Cuarto y alimento diario:*
Fuera de Centroamérica: US\$1,000.00 por evento.
En Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá: US\$70.00.

2. DEDUCIBLES (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE):

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





3. 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.

4. 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 y coaseguro. Este beneficio debe aplicar para las trabajadoras con familia y trabajadoras sin dependientes.

5. EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO Y CONYUGE:

El seguro médico hospitalario cubrirá a los(as) asegurados(as) y sus dependientes hasta los 75 años de edad, sin reducción de suma asegurada al cumplimiento.

6. 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.

7. 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.

8. 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.





9. CREDITO POR SERVICIO DENTRO DE CENTROAMÉRICA INCLUYENDO BELICE Y PANAMÁ:

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 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.

10. CLAUSULAS 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

11. 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. Se presentará 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.

12. 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 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 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 personal.





13. LISTA DE HOSPITALES, LABORATORIOS Y FARMACIAS AUTORIZADAS:

Se presenta listado de médicos, hospitales, laboratorios y farmacias con que se contará para el crédito hospitalario.

14. COBERTURAS ESPECIALES DEL SEGUO MÉDICO HOSPITALARIO:

1. *Se cubre 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 crío-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 75 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.*
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 embarazado 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 75 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 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 75 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 75 años de edad.**
41. **Cualquier tipo de vacuna hasta los 75 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 11 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 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 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:

Categorías	Prima
Empleado solo	US\$ 871.43
Empleado con familia	US\$3,334.58

- 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.
- 61. Medicamentos recetados por retardos del crecimiento y bajo peso.
- 62. El Asegurado no estará obligado a presentar los resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos caos con diagnóstico de enfermedades crónicas.
- 63. Se adjunta listado de aranceles a utilizar, para la indemnización de reclamos.
- 64. 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 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*
67. *Se cubre diagnóstico por trastornos del sueño (apnea del sueño) y su tratamiento.*
68. *Tratamiento para insuficiencia renal crónica-diálisis.*

CATEGORIA II

1. PERSONAL ASEGURADO:

Empleados de la Oficina central.

2. CONDICIONES DE COBERTURAS:

- a) *Clasificación de coberturas: Centroamérica incluyendo Belice y Panamá.*
- b) *Suma máxima anual por la vigencia de la póliza por empleado solo, hasta por Cincuenta mil 00/100 dólares (US\$50,000.00).*
- c) *Cuarto y alimento diario:*
 - *En Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá: US\$70.00*

3. DEDUCIBLES (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE):

- *En Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá: US\$150.00*

4. PORCENTAJE DE REEMBOLSO:

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

5. BENEFICIO POR MATERNIDAD:

PARTO NORMAL	US\$1,200.00
CESÁREA	US\$2,000.00
ABORTO LEGAL	US\$ 700.00

Los beneficios serán pagados de acuerdo a las cantidades antes estipuladas sin aplicar deducible y coaseguro. Este beneficio se aplicará para las trabajadoras sin dependientes.





6. EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS:

El seguro médico hospitalario cubrirá a los(as) asegurados(as) hasta los 75 años de edad, sin reducción de suma asegurada al cumplimiento.

7. 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.

8. 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.

9. CRÉDITO POR SERVICIO DENTRO DE CENTRO AMÉRICA, INCLUYENDO BELICE Y PANAMÁ:

La Aseguradora gestionará y otorgará para el asegurado(a), crédito completo al 100% para todos los servicios que sean requeridos en cualquier tratamiento por accidente o enfermedad, incluyéndose los servicios hospitalarios dentro 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.

10. CLAUSULA DE ERRORES:

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.

11. 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. Se presentará cuadro resumen en forma mensual de los ajustes efectuados para Oficina Central.*





iii. El proceso antes mencionado quedará especificado en la póliza.

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

El costo de la inclusión del empleado será determinado 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.

13. LISTA DE HOSPITALES, LABORATORIOS Y FARMACIAS AUTORIZADAS:

La Aseguradora en caso de resultar adjudicada proveerá el listado de médicos, hospitales, laboratorios y farmacias con que se contará para el crédito hospitalario como parte de la red.

14. 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 crío-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 histerectomías, hasta los 75 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 US\$20.00*
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 embarazado 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 75 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 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 75 años de edad.*
39. *Cualquier tipo de vacuna hasta los 75 años de edad.*
40. *Trasplante de órganos, incluyendo médula ósea, hasta el 50% de la suma máxima anual de la póliza.*
41. *Alergias de cualquier tipo, incluyendo sus pruebas y vacunas. Sin aplicación de deducible para médicos de la red de proveedores médicos.*
42. *Legrados por diagnóstico médico.*
43. *Exámenes y estudios con avances tecnológicos.*





44. *Presentación de reclamos 11 meses. (Presentación de reclamos hasta el plazo establecido en la ley).*
45. *Renta de equipo de hospital, los que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.*
46. *Tratamiento de eventraciones, a consecuencia de una cirugía o accidente, que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.*
47. *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.*
48. *Tratamientos permanentes, 1 receta cada 6 meses.*
49. *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.*
50. *Cobertura de alquiler o compra de aparatos auditivos, cuando los mismos sean indicados a consecuencia de una enfermedad o accidente.*
51. *Coordinación de Beneficios; gastos pagados después del deducible al 100% de los gastos elegibles.*
52. *Prima:*

Categorías	Prima
<i>Empleado solo</i>	<i>US\$ 631.35</i>
<i>Empleado con familia</i>	<i>US\$2,400.90</i>

53. *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.*
54. *Para el caso de cuidados intensivos dentro y fuera de Centroamérica, la cobertura será hasta el máximo de la suma asegurada de la vigencia.*
55. *Acné, Acné inflamatorio, siempre y cuando sea considerado como una enfermedad.*
56. *El Asegurado no estará obligado a presentar los resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos casos con diagnóstico de enfermedades crónicas.*
57. *Se presenta listado de aranceles a utilizar, para la indemnización de reclamos.*
58. *Se ofrecen servicios con red de proveedores médicos, sin costo adicional.*





- 59. En caso de retiro del empleado de CEPA, este tendrá la facultad de mantener el seguro Médico Hospitalario hasta la terminación del año póliza, mediante el pago directo a la Asèguradora de la prima correspondiente que correrá por su cuenta. (CEPA queda exenta de cualquier responsabilidad ante la falta de pago o cualquier inconveniente).
- 60. Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico para la obesidad, hasta un máximo de US\$7,000.00
- 61. Cobertura diagnostico por trastornos del sueño (apnea del sueño) y su tratamiento.
- 62. Tratamiento para insuficiencia renal crónica-diálisis.

FORMA DE PAGO SEGURO OPCIONAL:

10 cuotas mensuales y sucesivas.

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 diecisiete.



Lic. Luis A. Rivas Ayala
Apoderado Especial

SEGURO DE GASTOS MEDICOS GRUPO
Póliza GMG 1-35-281

Datos del Contratante	
Nombre:	COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR
Dirección:	Boulevard Los Héroes, Col. Miramonte Edificio Torre Roble, San Salvador, El Salvador

Identificación y Características del Grupo Asegurado	
PRESIDENTE, DIRECTORES, ASESORES, GERENTE GENERAL, GERENTES DE ÁREA, GERENTES DE EMPRESAS, JEFES 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 DE:	COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR

ASEGURADORA VIVIR, S.A., SEGUROS DE PERSONAS (en adelante denominada La Compañía), de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales que figuran más adelante, **CONVIENE EN PAGAR** a los empleados Asegurados del patrono que arriba se indican, los beneficios estipulados en esta Póliza y de acuerdo a los límites que establece el Cuadro de Beneficios.

Plazo de Vigencia del Contrato		Forma de Pago
Inicio	Terminación	CONTADO
10 enero 2017 a las 12:00M horas	10 febrero 2017 12:00 M horas	

La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio anteriormente indicada. La solicitud del contratante, las solicitudes de los Asegurados, las declaraciones y las Condiciones Particulares y Generales forman parte integrante de esta Póliza.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas firma la presente Póliza en la ciudad de San Salvador, a los diez días del mes de enero del año dos mil diecisiete.



Lic. Silvia Navarro
 Gerente de Operaciones



VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR

VIVIR VIVIR VIVIR VIVIR



CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

PRIMERA: Constitución del Contrato: Forman parte de este Contrato: La Solicitud del Contratante, las Solicitudes Individuales de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el Registro de Asegurados, las Condiciones Generales de la Póliza, las Condiciones Particulares de las coberturas adicionales, si los hubiera, y los endosos que se emitan simultáneamente con la Póliza o posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante, y Asegurador Vivir, S.A., Seguros de Personas, en adelante denominada "La Compañía". Al recibo de esta Póliza, el Contratante debe cerciorarse que concuerda con la solicitud presentada a La Compañía. Si dentro de los quince días siguientes de recibir el documento, el Contratante no solicita ninguna rectificación de la Póliza, ésta se entenderá por aceptada en todos sus términos.

SEGUNDA: Edad de las personas elegibles para el Seguro: Las edades de las personas que formarán parte del Grupo Asegurado bajo esta Póliza deberán estar comprendida entre los 18 y los 64 años de edad.

TERCERA: Familiares dependientes elegibles para formar parte del Seguro: Podrán ser consideradas las personas que a continuación se detallan:

- a) El cónyuge legítimo o compañero(a) de vida que pueda probar su condición como tal.
- b) Los hijos solteros, hijastros o hijos adoptados no menores de diez (10) días de nacidos, hasta los 25 años de edad siempre y cuando vivan en el hogar del Asegurado Principal, sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado.

No serán considerados como dependientes elegibles aquellos hijos que a la fecha del Seguro se conviertan en padres, aunque no se encuentren legalmente casados o acompañados. Asimismo, no se consideran dependientes elegibles los padres del Asegurado Principal.

CUARTA: Fecha efectiva del Seguro para los Dependientes: La vigencia del Seguro de los dependientes quedará sujeta a las siguientes condiciones:

- a) Si el Asegurado Principal inscribe uno o más dependientes en la misma fecha en que él mismo se incorpore al Seguro, la fecha efectiva del Seguro será para todos la que la Compañía indique y notifique por escrito.
- b) Si el Asegurado Principal inscribe a uno ó más dependientes después de la fecha efectiva en que él mismo se incorporó al Seguro, la fecha efectiva del Seguro para sus dependientes será la que La Compañía indique y notifique por escrito al Asegurado.

QUINTA: Descripción 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 en alguno de los Anexos Particulares, La Compañía reembolsará, sobre la base del Cuadro de Beneficios, el costo de los mismos hasta por la suma asegurada máxima de esta cobertura, ajustándolo previamente a las limitaciones y las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de deducible y coaseguro.

SEXTA: 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 ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

SEPTIMA: 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 y cuyo origen no sea resultado de una enfermedad anterior al ingreso del Asegurado o alguno de sus dependientes a la Póliza.

OCTAVA: Gastos médicos cubiertos: La Póliza cubre los gastos Médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado o sus dependientes efectúen con motivo de enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del Seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

CONDICIONES GENERALES

Póliza GMG 1-35-281

- 1- Servicios de hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o sus dependientes de acuerdo al valor reflejado en el Cuadro de Beneficios.
- 2- Honorarios de médicos y cirujanos, de su asistente y anestesista, en casos necesarios, autorizados para el ejercicio de la profesión por servicios prestados al Asegurado o sus dependientes, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica, según sea el caso, como consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertas en la Póliza; siempre y cuando los médicos no sean familiares del Asegurado o sus dependientes. Los Gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por ésta Póliza estarán sujetos a reembolso, hasta por el monto considerados por la COMPAÑIA como Justos, Razonables y Acostumbrados y sin exceder de los límites de la Póliza, según se indica:
 - (a) Cuando se efectúe una sola intervención se pagará según el pago que corresponda a la que haya sido efectuada.
 - (b) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión: se pagará según lo que corresponde a aquella de las intervenciones efectuadas indicada con la de mayor cantidad.
 - (c) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo acto quirúrgico y en distinto campo operatorio, el pago corresponderá a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas con la mayor cantidad, más el 50% correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
 - (d) Si hubiere necesidad de una nueva intervención y la misma se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
 - (e) Por honorarios del anestesista en cada intervención quirúrgica, la COMPAÑIA pagará los aranceles justos, razonables y acostumbrados.
 - (f) Por honorarios de ayudantía se reconocerá hasta el 50% del cobro del médico principal, siempre y cuando su presencia dentro de la intervención quirúrgica sea médicamente necesaria.
 - (g) Para tratamiento no quirúrgico se reembolsará los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.

Quedará a criterio de La Compañía la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del caso.

- 3- Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación; sala de pequeñas cirugías y recuperación.
- 4- Salas de emergencia; se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 24 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad y que el mismo no puede ser tratado como consulta externa. No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado o sus dependientes para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.
- 5- Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado o sus dependientes los adquiera en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas y cuando se acompañe la factura legalmente aceptada, con la receta correspondiente.
- 6- Tratamientos suministrados por radiólogos y exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento relacionado con la enfermedad e indicados por el médico Tratante por sintomatología previa, tales como exámenes de rayos X, pruebas microscópicas, pruebas de laboratorio; electrocardiogramas, encefalogramas, monitoreo de Holter.
- 7- Servicio de ambulancia terrestre o aérea, debidamente autorizadas, dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, para transportar al Asegurado o sus dependientes desde el lugar donde se encuentre hacia un Hospital local, cuando éste servicio sea necesario por la gravedad de la enfermedad o accidente hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Generales. Se excluye el servicio de ambulancia en casos de Maternidad.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

- 8- Atención suministrada por servicios profesionales privados brindados por una enfermera profesional graduada, colegiada, que no tenga ningún grado de parentesco con el Asegurado o sus dependientes, que no resida en la misma casa de habitación y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de imposibilidad del Asegurado o sus dependientes de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días. Pasado los tres días, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera; deberá presentarse a La Compañía la prescripción médica para la revisión y aprobación de la COMPAÑIA. En ningún caso la COMPAÑIA cubrirá gastos derivados por este servicio cuando él mismo se indique para cuidados post parto, cuidados de recién nacidos en su casa de habitación o cuarto de hospital, servicios de acompañamiento y en los casos que el estado general del paciente no lo amerite.
- 9- Suministros de lo indicado a continuación, proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado: a) Transfusiones de sangre, plasma, sueros; b) Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones; c) Aparatos de yeso, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos; d) Alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial de hospital para enfermo; e) Alquiler de órganos mecánicos como pulmón artificial, necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria.
- 10- Tratamientos de terapias especiales si fueren necesarias con rayos láser o cualquier otro equipo de similares características, de servicio de radioterapia, sono-terapia, crioterapia, fotocoagulación láser de retina, terapia de inhalación; y, tratamientos de quimioterapia, laparoscopia, criocirugía, de acuerdo con la prescripción del médico tratante y relacionadas con el diagnóstico siempre y cuando no sean brindadas por un familiar o resida en casa del Asegurado o sus dependientes y que resida en su misma casa de habitación. El número de terapias cubiertas serán las razonables y justificadas, quedando sujetos a evaluación de la COMPAÑIA, y cuando la COMPAÑIA lo considere necesario, se someterá a una segunda opinión médica. El costo de ésta correrá a cuenta de la Compañía.
- 11- Gastos por aparatos ortopédicos, prótesis, miembros y ojos artificiales como consecuencia de Accidente y/o enfermedad cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, se deberá comprobar a satisfacción de la COMPAÑIA que el evento y/o sus síntomas, diagnóstico y apareamiento han ocurrido dentro del período de vigencia de la Póliza.
- 12- Servicios médicos para cirugía y otra atención médica por tratamientos dentales, únicamente por causa de accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y dislocación o fractura de la mandíbula, sufridas a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente que dio origen; siempre y cuando: a) el Asegurado o sus dependientes hayan estado cubiertos por ésta Póliza en la fecha de dicho accidente; b) el tratamiento del reemplazo de los dientes naturales se realiza dentro del período de la Póliza; c) el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica; asumiendo el costo de la misma.
- 13- Leche medicada en un infante siempre y cuando presente síntomas gastrointestinales con síndrome diarreico y sea suspendida médicamente la leche, únicamente en los casos de hospitalización.
- 14- Cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá cuando la intervención se realice a consecuencia de un accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, mientras el Asegurado o sus dependientes tengan cobertura y que se traten a más tardar dentro de los seis meses después de tal accidente. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la COMPAÑIA, que dicho tratamiento es estrictamente necesario y realizado por un cirujano autorizado para ejercer la profesión. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
- 15- Tratamiento médico y/o quirúrgico de nariz, estará amparado por accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

- 16- Hemodiálisis o Diálisis peritoneal.
- 17- Prostatectomía efectuada antes que se haya cumplido los 65 años de edad.
- 18- Histerectomía, antes de que se haya cumplido los 55 años de edad, excepto en los casos de cáncer sin límite de edad. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
- 19- Alergias únicamente cuando se produzcan por la ingestión de alimentos, medicinas o picaduras de animales.
- 20- Litotripsia por ultrasonido.
- 21- Cura de cataratas, siempre y cuando el Asegurado no sea mayor de 50 años de edad.
- 22- Tratamiento médico para trastornos nerviosos funcionales a cargo de psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- 23- Zapatos ortopédicos, un par al año, siempre y cuando se justifique que los mismos sean necesariamente requeridos y que el gasto se acompañe con la prescripción médica del ortopeda. Solo se cubre el costo de los zapatos.
- 24- Vitaminas que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad.
- 25- Cura de hernias de cualquier tipo.
- 26- Citologías, únicamente las requeridas para verificar un diagnóstico.
- 27- Gastos por lesiones a consecuencia de la práctica de deportes siempre y cuando no sean a escala profesional y no se trate de los mencionados en los riesgos excluidos.
- 28- Circuncisiones solamente por prescripción médica, es decir, que se requiera por alguna patología.
- 29- Gastos por tratamiento de SIDA, 15% del máximo vitalicio, hasta un máximo de US\$50,000 después de aplicado el deducible correspondiente.
- 30- Trasplante de órganos como corazón, riñón, pulmón o hígado, estarán limitados hasta un 25% del Máximo Vitalicio, con máximo de US\$100,000 después de aplicado el deducible correspondiente. Todo trasplante estará sujeto a las siguientes condiciones:
 - a) Los gastos deben ser médicamente necesarios;
 - b) El procedimiento no puede ser experimental o para investigación;
 - c) Los gastos del donante, los gastos de compra, transporte y preservación del órgano no están cubiertos;
 - d) Los gastos no pueden exceder el monto pactado en cada plan.
 - e) No se incluyen procedimientos autólogos.
- 31- Extracción de terceras molares impactadas.

NOVENA: Exclusiones:

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

- A) **Gastos no cubiertos:** Aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, la Póliza en ninguna forma cubre los costos de los siguientes servicios:
1. Intentos de suicidios, lesiones o alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos, estando o no en el uso de sus facultades mentales.
 2. Exámenes o chequeos médicos generales o específicos para la comprobación del estado de salud o que se aprovechen a efectuarse como consecuencia de una consulta por determinada enfermedad o accidente; o estudios de laboratorio o gabinete y tratamientos o curas en clínicas de reposo o convalecencia, de ancianos, en balnearios o en baños termales; curas en custodia, o período de cuarentena o de aislamiento.
 3. Honorarios por servicios de interconsulta de médicos, excepto en los casos que sean evaluados y autorizados previamente por la COMPAÑIA. Esta exclusión no aplicará en casos de emergencias o ingresos hospitalarios, siempre y cuando el caso lo justifique.
 4. Tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hiper-metropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastía, queratotomía radiada, queratomiulesis y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción o astigmatismo, y otros similares. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto y cualquier tipo de lentes y aros.
 5. Servicios, materiales y tratamientos médicos y quirúrgicos que no sean científicamente reconocidos y aceptados por la ciencia médica como la quiropráctica, acupuntura, naturistas y homeopatía; o que se encuentren en experimentación, así como gastos que surjan de tratamiento o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
 6. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con enfermedades o accidentes preexistentes: Será toda enfermedad, lesión, condición o síntoma que el Asegurado o sus dependientes hayan tenido:
 - Advertencia médica.
 - Consulta con un médico;
 - Tratamiento, servicios o suministros médicos;
 - La recomendación de efectuarse exámenes para diagnóstico;
 - Toma de drogas o medicinas recetadas o recomendadas y/o
 - La presencia de síntomas los cuales normalmente causarían a una persona prudente a visitar un médico para diagnóstico o tratamiento dentro de los doce (12) meses precedentes a la fecha de vigencia de este Seguro.
 7. Enfermedades y tratamientos dentales, alveolar, gingival, máxilo-facial, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubierto por la Póliza, si los hubiere.
 8. Todo aparato en sustitución o en apoyo a piezas, dientes postizos, coronas, incrustaciones, puentes, ortodoncia, endodoncia, y otros similares, excluyendo lo indicado en los Gastos cubiertos como consecuencia de accidente.
 9. Cirugía Plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético a excepción de la cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente según se regule en los Gastos Cubiertos, si lo hubiere.
 10. Atención médica y hospitalaria para la madre por atención prenatal, embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, todo lo relacionado con Maternidad o embarazo. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital.
 11. Tratamiento de alcoholismo, tabaquismo, adicción a drogas o toxicomanía.
 12. Los tratamientos médicos o quirúrgicos para la fecundación in vitro (inseminación artificial); la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.
 13. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie, obesidad, bajo peso, acné en cualquiera de sus manifestaciones.
 14. En ningún caso se pagarán gastos por: a) Tratamiento de cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicinas; b) Medicinas de venta popular; c) Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia; d) Toda condición médica específicamente excluida por medio de endoso o enmienda; e) Cualquier gasto en

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

- exceso de las cantidades razonables y de costumbre para el servicio en particular o suministro; f) Gastos por persona acompañante de un Asegurado sus dependientes mientras se encuentre hospitalizado.
15. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas, medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública, inmunizaciones a través de vacunas, y pruebas de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches, alimentos especiales para prevenir alergias.
 16. Cualquier tratamiento o sus consecuencias, así como consultas derivados de los síntomas menopáusicos y andropáusicos.
 17. En los casos en que la Póliza contemplara la Cobertura de Reembolso de Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos fuera del área Centroamericana, y que ocurran durante los primeros cuatro meses de la vigencia de la Póliza quedarán excluidos, salvo que sean consecuencia de accidente y no existieren en el país medios de cualquier índole para su tratamiento.
 18. Cualquier tratamiento médico y quirúrgico por enfermedad psiquiátrica o psicológica; trastornos mentales, trastornos de conducta, del lenguaje, del aprendizaje, cualesquiera sean sus manifestaciones, síntomas o consecuencias.
 19. Tratamientos relacionados con el crecimiento, independientemente de las razones por las cuales hayan sido prescritos.
 20. Tratamientos podiátricos, cuidado de los pies relacionados con callos, pie plano, arcos débiles, pies débiles o cualquier otra dolencia de los pies, cuidados de las uñas. Plantillas y/o los soportes.
 21. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
 22. Honorarios médicos por visitas a domicilio no justificados.
 23. Gastos por atención de emergencia hospitalaria que puede ser tratada como consulta externa.
 24. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
 25. Gastos por enfermedades o condiciones congénitas, excepto de los niños nacidos durante la vigencia de la Póliza siempre y cuando sus padres hayan estado inscritos en la Póliza los últimos once (11) meses.
- B) **Gastos excluidos:** Quedan excluidos de este Contrato y en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causados por o derivados de:
1. Insurrección, invasión de guerra declarada o no, o guerra interna.
 2. Revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar.
 3. Suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
 4. Epidemias declaradas por la autoridad competente.
 5. Servicio militar, autolesiones y tentativas de suicidio; delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.
 6. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo que sean organizadas por clubes o asociaciones autorizadas.
 7. Participación del asegurado en carreras o muestras de velocidad, en cualquier tipo de vehículo, que no sean aprobadas previamente por la Policía Nacional Civil (PNC).
 8. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participe o tome parte en eventos peligrosos, sean deportivos o no, profesionales o aficionados.
 9. Por eventos o actividades peligrosas se entenderán, en cualquiera de sus formas, las siguientes: paracaidismo, buceo, esquí de cualquier tipo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha, cacería, tiro, tauromaquia, equitación, esgrima, alpinismo, espeleología y otros que arriesguen la salud o vida de los Asegurados.
 10. Aviación privada o militar en calidad de tripulante, pasajero o mecánico fuera de las líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
 11. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado o sus dependientes.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

DECIMA: Omisiones o Declaraciones inexactas: El Contratante, el Asegurado y sus dependientes están obligados a declarar a La Compañía de acuerdo con los cuestionarios que ésta le proporcione, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o 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, estará obligado 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, el Asegurado o sus dependientes 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, el asegurador tendrá derecho para rescindir el Contrato.

Las condiciones preexistentes para nuevos Asegurados y sus dependientes, estarán sujetas a evaluación de cada caso. Se clasificarán en dos categorías:

Declaradas al llenar la solicitud de Seguro:

Condiciones preexistentes declaradas no están cubiertas por 12 meses a partir de la fecha de inscripción en la Póliza.

No declaradas al llenar la solicitud de Seguro:

Las condiciones preexistentes no declaradas y conocidas por el solicitante, no tienen cobertura en ningún momento.

DECIMA PRIMERA: Modificaciones y notificaciones: Toda modificación, notificación o comunicación para que tenga validez deberá hacerse por escrito a la oficina principal de Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas, y por los funcionarios de La Compañía autorizados expresamente para ello. Los intermediarios no tienen facultad para recibir notificaciones o comunicaciones a nombre de La Compañía.

DECIMA SEGUNDA: Obligaciones del Contratante: 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. Asimismo, se obliga a solicitar la cobertura de este seguro para todas aquellas personas que con posterioridad reúnan dichas características, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ingresen a la Empresa Contratante.

Las personas que sean elegibles para formar parte del Grupo Asegurado y no deseen ser incluidas en la Póliza, deberán de comunicar por escrito a La Compañía su renuncia a la oportunidad de ser incluidos en la misma. Sin embargo, si posteriormente a los 30 días desean ser incorporados al Seguro, deberán presentar pruebas satisfactorias de asegurabilidad a su costa.

DECIMA TERCERA: Registro de Asegurados: Con base a 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.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

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.

DECIMA CUARTA: Movimiento de Asegurados: El Contratante deberá reportar por escrito junto con el formulario proporcionado por la Compañía, los movimientos de altas y bajas, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que estas ocurran para el caso de inclusión y al día siguiente para las exclusiones.

Altas:

Si el alta del Asegurado o sus dependientes se efectúa dentro del período de tiempo mencionado en el párrafo anterior, la Cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el Seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la Cobertura quedará condicionado a la aceptación de parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para el caso de matrimonios o nacimientos, si la Póliza ampara dependientes, se considerará como fecha de elegibilidad la del matrimonio por lo civil o del nacimiento según sea el caso, siempre y cuando se reporte la inclusión del nuevo dependiente de acuerdo a los términos mencionados en los párrafos anteriores.

En caso de una inclusión de un empleado Asegurado o dependiente durante la vigencia de la Póliza, la Compañía, cobrará prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo aniversario de la Póliza; para la inclusión del dependiente se cobrará prima adicional, solamente si el empleado estaba inscrito en la categoría empleado solo.

La Compañía inscribirá a las personas en un registro de Asegurados conforme a la hoja de afiliación del empleado Asegurado que formará parte del registro antes mencionado.

Bajas:

Causarán bajas de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus dependientes, los beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación del mismo, excepto los siniestros que se encuentren pendientes de pago.

El Contratante deberá informarlo por escrito a la Compañía, según el tiempo estipulado para tales efectos.

En caso de baja de un empleado Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente de dicho Asegurado.

La Compañía procederá a cancelar las inscripciones que correspondan haciéndolo constar en el registro de cancelación que formarán parte del registro de Asegurados.

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.

DECIMA QUINTA: 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 (10) personas.

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

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

DECIMA SEXTA: 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. Los hijos de los Asegurados que hayan alcanzado los 25 años de edad, serán automáticamente eliminados del Seguro de Gastos Médicos, el día último del mes anterior a su cumpleaños.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que corresponda realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima correcta. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

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 y sus dependientes.

DECIMA SEPTIMA: Prima: Las primas asignadas para el primer período de vigencia de esta Póliza son la suma correspondientes a cada uno de los Asegurados y sus Dependientes inscritos, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y vencen al inicio de cada nueva vigencia. 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. Esta modificación es independiente de aquella que tenga que realizarse por la siniestralidad total de la Póliza en cada año de vigencia o por otra causa que La Compañía decida.

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.

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 automáticamente el Contrato sin que la Compañía tenga la obligación de notificarlo por escrito. Si durante los plazos de gracia, aumentare el riesgo, la Compañía podrá exigir judicialmente que de por concluido el contrato.

DECIMA OCTAVA: 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.

DECIMA NOVENA: Cambio de Plan: Todo Contratante tendrá la oportunidad de cambiar los Beneficios de esta Póliza conforme a las siguientes estipulaciones:

- a) Para cambiar de un Plan de Beneficios Menores a uno de Beneficios Mayores, será necesario que todos los Asegurados Principales como sus familiares dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a La Compañía, sin costo alguno para ellos.
- b) Para cambiar de un Plan de Beneficios Mayores a uno de Beneficios Menores, bastará con que el Contratante envíe una carta con el consentimiento de todos los Asegurados Principales y no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.

La Compañía de Seguro determinará la fecha en que entrarán en vigor los nuevos beneficios, para las opciones anteriores.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

Sólo se podrán hacer cambios de Beneficios después de haber transcurrido 12 meses continuos de cobertura.

VIGESIMA: 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.

VIGESIMA PRIMERA: 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 de los Asegurados 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.

VIGESIMA SEGUNDA: 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.

VIGESIMA TERCERA: 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.

VIGESIMA CUARTA: Moneda: Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean 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 libre bancario vigente al día de reembolso de los mismos.

VIGESIMA QUINTA: Otros Seguros (Coordinación de Beneficios): Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual el Asegurado principal o sus dependientes puedan estar cubiertos. Cuando algún Asegurado o sus dependientes estén cubiertos también por otras Pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente Contrato, los beneficios del mismo reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta Póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el Asegurado principal o sus dependientes gozan de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) El plan que cubra al Asegurado como miembro de un Grupo Asegurado determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como asegurado principal o dependiente.
- b) El plan que cubra al Asegurado como dependiente de un miembro hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de un miembro mujer y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c) Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una Póliza Individual de Seguro, el Seguro individual determinará los beneficios.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

VIGESIMA SEXTA: Período de Beneficio: Después de la fecha de la erogación del primer gasto médico, el Asegurado y sus dependientes tendrán derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos relativos a la enfermedad o accidente ocurrido, siempre y cuando no se haya agotado su Máximo vitalicio.

VIGESIMA SEPTIMA: Terminación del Seguro: El Seguro de cualquier Asegurado Principal quedará cancelado e invalidado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Fallecimiento de su persona.
- b) Mora de 120 días en el pago de las primas.
- c) Despido por parte del Contratante.
- d) Retiro voluntario del Asegurado.
- e) Agotamiento total del Máximo Vitalicio (sin que haya sido solicitado por escrita su reinstalación).
- f) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.
- g) Falta de renovación de la Póliza.
- h) Al cumplir la edad máxima de seguro.

Para los familiares dependientes, el Seguro quedará terminado por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Fallecimiento del Asegurado (empleado por el contratante).
- b) Cancelación de la Póliza por mora de 120 días en el pago de las primas.
- c) Despido del Asegurado por parte del Contratante.
- d) Retiro voluntario del Asegurado Principal de la Empresa Contratante.
- e) Agotamiento del Máximo Vitalicio contratado para el Asegurado.
- f) En la fecha que alguno de los hijos dependientes ya no cumpla con los requisitos establecidos por la Póliza para ser un familiar dependiente elegible.
- g) En la fecha que el Asegurado Principal notifique por escrito por medio del Contratante su deseo de retirar al dependiente del Seguro.
- h) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.
- i) Falta de renovación de la Póliza.

VIGESIMA OCTAVA.- Definiciones:

1. **"Contratante"** se refiere a la Empresa para la cual laboran los asegurados cubiertos por la Póliza.
2. **"Asegurado"** se refiere a la persona que se encuentra laborando para el Contratante y que reúne las características para formar parte de la colectividad asegurable.
3. **"Dependiente"** se refiere al cónyuge o compañera de vida que pueda comprobar su estado como tal y los hijos solteros, hijastros o hijos adoptados del Asegurado mayores de 10 días de nacidos y menores de 25 años, que sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado
4. La frase **"Gastos Médicos"** se refiere a los gastos razonables, acostumbrados y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina y los cuales están descritos en la estipulación de inclusiones y exclusiones de esta Póliza.
5. La frase **"Gasto Justo, Razonable y Acostumbrado"** significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado cuando se comparen con tratamientos, servicios o abastecimientos, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.
6. **"Máximo Vitalicio"** es la cantidad máxima de reembolso al que tendrá derecho una persona durante su vida.
7. **"Deducible"** es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos elegibles, como se indica en el Cuadro de Seguro, que sean incurridos por un individuo Asegurado, y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
 - a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por **"Año calendario"**.

CONDICIONES GENERALES

Póliza GMG 1-35-281

- b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "Incapacidad".
 - c) Los deducibles por "Año calendario" y por "Incapacidad" no podrán ser combinados cuando existan gastos incurridos tanto dentro como fuera del área centroamericana, ni para complementar el faltante de alguno de ellos.
8. **"Deducible Familiar"**: Es la suma de los deducibles individuales como máximo tres por núcleo familiar (Asegurado y familiares dependientes) incurridos en el mismo Año calendario.
9. **"Coaseguro"**: Es el porcentaje a cargo de cada Asegurado, que aplica al monto total de gastos cubiertos, en exceso del deducible, para cada reclamación
10. **"Límite de coaseguro"**: es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un Asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Seguro:
- a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por "Año calendario".
 - b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por "Incapacidad".
11. La frase **"Área centroamericana"** está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
12. **"Incapacidad"**: Es como se denominará indistintamente una enfermedad o una lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento por un médico autorizado.
13. **"Médico"**: Es como se designará al profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.
14. **"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.
15. **"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.
16. **"Consulta médica"**: Es la visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del médico a consecuencia de una incapacidad.
17. **"Visita del médico"**: Es la atención y tratamiento médico, proporcionado en la casa del Asegurado principal o en un Centro Hospitalario.
18. **"Servicios de Hospital"**: Se entenderá como los servicios o abastecimientos, suministrados al Asegurado o sus dependientes mientras permanezcan reclusos en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma.
19. **"Colectividad Asegurable"**: Son 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.
20. **"Colectividad Asegurada"**: Son todas las personas a que se refiere el párrafo anterior, que además hayan otorgado su consentimiento por escrito para incorporarse a esta Póliza.

VIGESIMA NOVENA: Operaciones electivas o programables: En el caso que un Asegurado o alguno de sus dependientes necesiten someterse a una operación quirúrgica, la cual se decida realizar en forma planificada y que no se considera una intervención de emergencia; deberá notificarlo a la COMPAÑIA y si el caso lo amerita, presentar una segunda opinión del médico o los médicos que la COMPAÑIA le indique, con el propósito principal que el Asegurado, tenga la seguridad de que la operación indicada por el médico que lo está tratando, es necesariamente requerida. Por otra parte, deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la COMPAÑIA el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los costos de cirujano, asistente, anestesista, días de internamiento hospitalario, entre otro, para conocer si los mismos están dentro de lo justos, razonables y acostumbrados para la intervención indicada y si la misma está cubierta conforme a las condiciones y términos de la Póliza. Asimismo, deberá adjuntar el informe del médico tratante y sus asistentes.

CONDICIONES GENERALES
Póliza GMG 1-35-281

El costo de la segunda opinión médica será absorbido por la Compañía. Si luego de ésta, se comprueba la necesidad de la operación, la Compañía aprobará dicha intervención quirúrgica, y lo notificará por escrito al asegurado.

TRIGESIMA: Saldos Pendientes: En el caso de existir saldos pendientes a cargo de alguno de los Asegurados por la utilización del crédito hospitalario debido a emergencias u hospitalizaciones, en concepto de deducible, coaseguro o gastos no cubiertos, el Asegurado tendrá 30 días para cancelarlo, una vez haya sido notificado por la Compañía de Seguros a través de una carta por escrito. En caso de que la Compañía no reciba el pago en ese período, el Contratante se obliga a reintegrar dicho saldo pendiente para no afectar el crédito disponible en los diferentes Centros de Servicio Hospitalario.

TRIGESIMA PRIMERA: Prescripción: Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Se estará además sujeto a los que dispone el Código de Comercio.

TRIGESIMA SEGUNDA: Competencia: Si las partes no llegaran a conciliar de conformidad al procedimiento establecido en los artículos 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros, las partes deberán acudir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

En testimonio de lo cual, La Compañía firma las presentes Condiciones Generales en duplicado, siendo el original para el Contratante y el duplicado para los archivos de La Compañía, en la ciudad de San Salvador, a los diez días del mes de enero del año dos mil diecisiete.

Firma y Sello
COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA
Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR



Lic. Silvia Navarro
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



1998

1999

2000

2001

1997

1998

1999

2000

2001

1996

1997

1998

1999

1995

1996

1997

1998

1999

1994

1995

1996

1997

1993

1994

1995

1996

1997

1992

1993

1994

1995

1991

1992

1993

1994

1995

1990

1991

1992

1993

1989

1990

1991

1992

1993

1988

1989

1990

1991

1987

1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001

1988

1989

1990

1986

1987

1988

1989

1985



1986

1987

1988

1984

1985

1986

1987

1983

1984

1985

1986

1987

1982

1983

1984

1985

1981

1982

1983

1984

1985

1980

1981

1982

1983

1979

1980

1981

1982

1983

1978

1979

1980

1981

CONDICIONES PARTICULARES
Póliza GMG 1-35-281

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No GMG-1-35-281 del Ramo de Gastos Médicos Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR

VIGENCIA: 10 DE ENERO DEL AÑO 2017 HASTA 10 DE FEBRERO DEL AÑO 2017

Por medio del presente Anexo se definen las Condiciones Particulares que aplicarán para la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

A. Características especiales del Grupo Asegurado:

A.1 Edades de las personas elegibles para formar parte del Grupo Asegurado:

- El seguro médico hospitalario cubrirá a los(as) asegurados(as) y sus dependientes hasta los 75 años de edad, sin reducción de sum asegurada al cumplimiento.
- Hijos, hijastros e hijos adoptivos desde el momento de nacimiento hasta los 25 años de edad, siempre y cuando 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.

A.2 Requisitos que deben cumplir los empleados de acuerdo al reglamento de contratación del Contratante:

- Como requisito principal para formar parte del grupo asegurado se establece que deben ser laborando de forma permanente para la empresa: **COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR**

A.3 Otras Particularidades:

1. Preexistencias: Se aceptará al grupo inicial con cobertura para tratamientos por enfermedades o lesiones preexistentes incluyendo a personas que se encuentren en tratamiento actualmente e inclusive la maternidad. Para nuevas inclusiones, las declaradas y aceptadas por la Aseguradora con período de espera de 3 meses.
2. Cobertura para cualquier tipo de enfermedad, accidentes y su naturaleza.
3. Servicios de hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por los asegurados hospitalizados.
4. 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.
5. Servicios de sala de operaciones, curaciones y cuidados intensivos; emergencia, pequeña cirugía o recuperación.
6. Servicio de anestesia y los honorarios de anesestiólogo autorizados para ejercer.
7. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente prescritos por el facultativo que atiende al Asegurado(a).
8. 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.
9. Transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
10. Aparatos de yeso, de prótesis u ortopedia, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos.
11. Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones.
12. Alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermo, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, siempre que el médico tratante lo requiera.
13. Tratamiento de radioterapia o radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y crío-cirugía.

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza GMG 1-35-281

14. 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.
15. Transporte en ambulancia aérea y/o terrestre, hasta un límite de \$20,000.00 para ambulancia aérea y \$ 500.00 para ambulancia terrestre.
16. Litotripsia por ultrasonido y Cirugía Laparoscópica con o sin láser.
17. 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.
18. Tratamiento del SIDA hasta el 25% de la suma asegurada principal.
19. 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.
20. Las prostatectomías e hysterectomías, hasta los 75 años de edad.
21. Gastos de ayudante médico cuando el cirujano lo requiera por gravedad del paciente y/o emergencia.
22. 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. Hasta \$100.00 por pieza.
23. Consulta general externa y por especialidades; hasta un máximo de US \$40.00 por consulta.
24. Visita médica en el hospital sin límite.
25. Honorarios de fisioterapeutas US\$20.00.
26. 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. Excepto curas de reposo.
27. Circuncisiones por o sin enfermedad.
28. Enfermedades originadas por epidemias declaradas o no.
29. Gastos de cirugía plástica causadas por enfermedad o accidente, dentro de los 6 meses después del evento.
30. Complicaciones del embarazo tales como: embarazos extrauterinos que requieran cirugía interabdominal, vómitos perniciosos, toxemia de la sangre y embarazo ectópico, parto prematuro.
31. 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.
32. Tratamiento por picaduras y mordeduras de animales e insectos incluyendo sus vacunas, hasta los 75 años de edad.
33. Curas de hernias de cualquier tipo.
34. 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.
35. Tratamientos por inyección esclerosante y venas varicosas. Aplica para grado 2 en adelante
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 75 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 75 años de edad.
41. Cualquier tipo de Vacunas hasta los 75 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.

CONDICIONES PARTICULARES
Póliza GMG 1-35-281

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 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 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. 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. Dicho límite aplica por grupo familiar
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. 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).
63. Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico para la obesidad, hasta un máximo de US \$ 7,000.00
64. Cobertura para diagnostico por trastornos del sueño (apnea del sueño) y su tratamiento.
65. Tratamiento para insuficiencia renal crónica-diálisis.

B. Cuadro de Beneficios:

Detalle	Categoría I Presidente, Directores, Asesores, Gerente General, Gerentes de Área, Gerentes de Empresas, Jefes 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.
Máximo Anual por persona	\$75,000.00
Límite Territorial	Mundial
Cuarto y alimento hospital diario	
En Centroamérica, incluye Belice y Panamá	\$ 70.00
Fuera de Centroamérica	\$1,000.00
Unidad de Cuidados Intensivos	Costos razonables y acostumbrados
Deducible	
En El Salvador en Red	No aplica deducible
En Centro América: Deducible Año Póliza, máximo tres por familia (combinado)	\$ 150.00
Fuera de Centroamérica	\$1,000.00 por evento

CONDICIONES PARTICULARES
Póliza GMG 1-35-281

Coaseguro	
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.

C. Cobertura de Maternidad:

Parto Normal:	\$1,200.00
Cesárea:	\$2,000.00
Aborto Legal:	\$700.00

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

D. Primas:

CLASE	PRIMA POR UN MES
Clase I:	
Empleado Solo	\$288.00
Empleado con familia	\$650.00

D.1 Forma de Pago de Prima: CONTADO
E. Otros:

- 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.
- 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: 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. Deberá presentarse cuadro resumen en forma mensual de los ajustes efectuados para Oficina Central y las empresas de CEPA.
- Crédito por servicio dentro y fuera de Centro América, incluyendo Belice y Panamá:** 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. Crédito Hospitalario al 100% requiere la firma de Garantía por parte del Contratante.
- 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 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 determinará a prorrata en base

CONDICIONES PARTICULARES
Póliza GMG 1-35-281

- a los términos, condiciones y costos de primas estipuladas en la Póliza aplicándose el mismo procedimiento cuando se trate de exclusiones del personal.
6. **Prorroga en la vigencia de la póliza:** La vigencia de la póliza será de **UN MES** contados desde las doce horas del día 1 de enero de 2017 hasta las doce horas del 1 de febrero de 2017; no obstante, lo anterior y de considerarlo CEPA con una anticipación no menor de 10 días, podrá solicitar una prórroga de dicha vigencia por un periodo igual o menor adicionales, estando la Compañía en la obligación de conceder lo solicitado con los mismos términos, condiciones, y costos de primas contratados.
 7. **Lista de hospitales, laboratorios y farmacias autorizadas:** Red de proveedor registrada en página web: www.segurosvivir.com.sv

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin ninguna alteración EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente Anexo en la Ciudad de San Salvador, a los diez días del mes de enero del año dos mil diecisiete.

Firma y Sello
COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA
Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR


Lic. Silvia Navarro
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979

1974 1975 1976 1977 1978 1979



ANEXO 2: COBERTURA ADICIONAL DE MATERNIDAD
Póliza GMG 1-35-281

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No GMG-1-35-281 del Ramo de Gastos Médicos Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR

VIGENCIA: 10 DE ENERO DEL AÑO 2017 HASTA 10 DE FEBRERO DEL AÑO 2017

PRIMERA: Mediante el presente anexo se hace constar que bajo el Carnet de Seguro antes precitado, se cubrirán los gastos médicos incurridos por Maternidad. Esta cobertura aplica únicamente a la Asegurada o a la Cónyuge o Compañera de Vida de un Asegurado, y estará sujeta a los siguientes términos:

1. El embarazo debe ser concebido diez (10) meses después de haber sido inscrita la Asegurada, la Cónyuge o Compañera de Vida del Asegurado como dependiente en el Seguro de Gastos Médicos.
2. Dentro de esta cobertura no se cubren honorarios de pediatra o neonatólogo, nursería u otros gastos por atención del recién nacido. Tampoco cubre los gastos por pruebas del embarazo.
3. Los gastos por circuncisión del recién nacido no se encuentran cubiertos, así como la perforación de orejas de las niñas.
4. Los gastos por alojamiento y alimentación-extra de un acompañante serán a cargo del Asegurado.
5. No se cubren gastos extra como: alquiler de TV, alimentación-extra, puesta de aritos a niñas, etc.

SEGUNDA: Los gastos por Maternidad se reembolsarán de acuerdo a los límites indicados en las condiciones particulares (véase numeral 20 de la sección A.3 "particularidades")

Todos los demás términos, condiciones y limitaciones de la Póliza continúan vigentes y sin modificación alguna.

En testimonio de lo cual, Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas, firma el presente Anexo de Cobertura adicional de Maternidad en la ciudad de San Salvador, a los diez días del mes de enero del año dos mil diecisiete.

Firma y Sello
COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA
Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR



Lic. Silvia Navarro
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



Blank page with faint, repeating text patterns.



ANEXO DE ARBITRAJE
Póliza GMG 1-35-281

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No GMG- 1-35-281 del Ramo de Gastos Médicos Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR

VIGENCIA: 10 DE ENERO DEL AÑO 2017 HASTA 10 DE FEBRERO DEL AÑO 2017

De conformidad al Art. 17 de la Ley de Protección al Consumidor y Art. 6 de su Reglamento, se suscribe el presente anexo como cláusula adicional del Contrato de Seguros, según los términos y condiciones que a continuación se establecen:

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Sociedades de Seguros, cualquier desacuerdo entre el Asegurado o Beneficiario, según el caso, y la Compañía de Seguros, con relación a la interpretación o aplicación de la presente Póliza y/o sus Anexos, deberá ser sometido a un Tribunal Arbitral que estará investido de la facultad de pronunciar una decisión denominada Laudo Arbitral, de conformidad a la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje, excepto cuando se trate de discrepancia en el pago de un siniestro, en cuyo caso, previo al desarrollo del trámite arbitral respectivo, se deberá desarrollar el procedimiento conciliatorio al que se refiere la citada Ley de Sociedades de Seguros.

La renuncia al Arbitraje será válida únicamente cuando concurra la voluntad del Asegurado o Beneficiario, según el caso, y la Compañía a este respecto.

Ambas partes podrán designar los árbitros de manera directa y de común acuerdo o delegar en una tercera persona, natural o jurídica, la designación parcial o total de los árbitros. Si no hubiere acuerdo respecto a la elección de los árbitros, cada parte elegirá uno y los dos árbitros designados elegirán un tercero, quien será el Presidente del Tribunal Arbitral.

Los gastos y costas que se originen con motivo del Arbitraje, serán cubiertos por partes iguales entre la Compañía y el Asegurado, pero cada cual cubrirá los gastos del árbitro que proponga.

El fallo de los árbitros es inapelable y no admitirá más recursos que el de nulidad, de conformidad a lo establecido en la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje.

Las Condiciones Generales y Especiales de la póliza continúan vigentes y serán aplicables a este anexo, excepto en lo que sean modificadas por el mismo.

San Salvador, a los diez días del mes de enero del año dos mil diecisiete.

Firma y Sello
COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTONOMA
Y/O FERROCARRILES NACIONALES DE EL SALVADOR



Lic. Silvia Navarro
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



Faint, illegible text covering the page, possibly bleed-through from the reverse side.



Small text below the stamp, possibly a date or reference number.



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

SEGUO MEDICO HOSPITALARIO

(SEGUROS OPCIONALES)

Póliza N°: SMH-114/2015
Asegurado: COMISIÓN EJECUTIVA PORTUARIA AUTÓNOMA (CEPA)
Vigencia: Desde las doce horas del día 10 de febrero de 2017;
 Hasta las doce horas del día 04 de diciembre de 2017

RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD:

CATEGORÍA I

PERSONAL ASEGURADO:

Presidente, Directores, Asesores, Gerente General, Gerentes de Área, Gerentes de Empresas, Jefes 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.

1. CONDICIONES DE COBERTURAS:

- a) Clasificación de coberturas: Mundial
- b) Suma máxima anual por la vigencia de la póliza por cada miembro del grupo familiar Setenta y cinco mil 00/100 dólares (US\$75,000.00)
- c) Cuarto y alimento diario:
Fuera de Centroamérica: US\$1,000.00 por evento.
En Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá: US\$70.00.

2. DEDUCIBLES (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE):

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





3. 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.

4. 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 y coaseguro. Este beneficio debe aplicar para las trabajadoras con familia y trabajadoras sin dependientes.

5. EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO Y CONYUGE:

El seguro médico hospitalario cubrirá a los(as) asegurados(as) y sus dependientes hasta los 75 años de edad, sin reducción de suma asegurada al cumplimiento.

6. 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.

7. 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.

8. 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.





9. CREDITO POR SERVICIO DENTRO DE CENTROAMÉRICA INCLUYENDO BELICE Y PANAMÁ:

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 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.

10. CLAUSULAS 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

11. INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS:

- 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.
- Se presentará cuadro resumen en forma mensual de los ajustes efectuados, para Oficina Central y las empresas de CEPA.
- El proceso antes mencionado deberá quedar especificado en la Póliza.

12. 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 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 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 personal.





13. LISTA DE HOSPITALES, LABORATORIOS Y FARMACIAS AUTORIZADAS:

Se presenta listado de médicos, hospitales, laboratorios y farmacias con que se contará para el crédito hospitalario.

14. COBERTURAS ESPECIALES DEL SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO:

1. Se cubre 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 frío-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 75 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.*
- ✓ 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 75 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 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 75 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 75 años de edad.*
- ✓ 41. *Cualquier tipo de vacuna hasta los 75 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 11 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 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 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:

Categorías	Prima
Empleado solo	US\$ 871.43
Empleado con familia	US\$3,334.58

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.
61. Medicamentos recetados por retardos del crecimiento y bajo peso.
62. El Asegurado no estará obligado a presentar los resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos caos con diagnóstico de enfermedades crónicas.
63. Se adjunta listado de aranceles a utilizar, para la indemnización de reclamos.
64. 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 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*
- ✓ 67. *Se cubre diagnostico por trastornos del sueño (apnea del sueño) y su tratamiento.*
- ✓ 68. *Tratamiento para insuficiencia renal crónica-diálisis.*

CATEGORIA II

1. PERSONAL ASEGURADO:

Empleados de la Oficina central.

2. CONDICIONES DE COBERTURAS:

- ✓ a) *Clasificación de coberturas: Centroamérica incluyendo Belice y Panamá.*
- ✓ b) *Suma máxima anual por la vigencia de la póliza por empleado solo, hasta por Cincuenta mil 00/100 dólares (US\$50,000.00).*
- ✓ c) *Cuarto y alimento diario:*
 - *En Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá: US\$70.00*

3. DEDUCIBLES (EN RED NO APLICA DEDUCIBLE):

- *En Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá: US\$150.00*

4. PORCENTAJE DE REEMBOLSO:

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

5. BENEFICIO POR MATERNIDAD:

PARTO NORMAL	US\$1,200.00
CESÁREA	US\$2,000.00
ABORTO LEGAL	US\$ 700.00

Los beneficios serán pagados de acuerdo a las cantidades antes estipuladas sin aplicar deducible y coaseguro. Este beneficio se aplicará para las trabajadoras sin dependientes.



**6. EDAD DE LAS PERSONAS ASEGURADAS:**

El seguro médico hospitalario cubrirá a los(as) asegurados(as) hasta los 75 años de edad, sin reducción de suma asegurada al cumplimiento.

7. 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.

8. 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.

9. CRÉDITO POR SERVICIO DENTRO DE CENTRO AMÉRICA, INCLUYENDO BELICE Y PANAMÁ:

*La Aseguradora gestionará y otorgará para el asegurado(a), crédito completo al 100% para todos los servicios que sean requeridos en cualquier tratamiento por accidente o enfermedad, incluyéndose los servicios hospitalarios **dentro 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.*

10. CLAUSULA DE ERRORES:

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.

11. 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. Se presentará cuadro resumen en forma mensual de los ajustes efectuados para Oficina Central.*





iii. El proceso antes mencionado quedará especificado en la póliza.

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

El costo de la inclusión del empleado será determinado 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.

13. LISTA DE HOSPITALES, LABORATORIOS Y FARMACIAS AUTORIZADAS:

La Aseguradora en caso de resultar adjudicada proveerá el listado de médicos, hospitales, laboratorios y farmacias con que se contará para el crédito hospitalario como parte de la red.

14. 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 crío-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 histerectomías, hasta los 75 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 US\$20.00*
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 embarazado 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 75 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 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 75 años de edad.*
39. *Cualquier tipo de vacuna hasta los 75 años de edad.*
40. *Trasplante de órganos, incluyendo médula ósea, hasta el 50% de la suma máxima anual de la póliza.*
41. *Alergias de cualquier tipo, incluyendo sus pruebas y vacunas. Sin aplicación de deducible para médicos de la red de proveedores médicos.*
42. *Legrados por diagnóstico médico.*
43. *Exámenes y estudios con avances tecnológicos.*



- 44. *Presentación de reclamos 11 meses. (Presentación de reclamos hasta el plazo establecido en la ley).*
 - 45. *Renta de equipo de hospital, los que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.*
 - 46. *Tratamiento de eventraciones, a consecuencia de una cirugía o accidente, que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.*
 - 47. *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.*
 - 48. *Tratamientos permanentes, 1 receta cada 6 meses.*
 - 49. *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.*
 - 50. *Cobertura de alquiler o compra de aparatos auditivos, cuando los mismos sean indicados a consecuencia de una enfermedad o accidente.*
 - 51. *Coordinación de Beneficios; gastos pagados después del deducible al 100% de los gastos elegibles.*
 - 52. *Prima:*
- | Categorías | Prima |
|----------------------|--------------|
| Empleado solo | US\$ 631.35 |
| Empleado con familia | US\$2,400.90 |
- 53. *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.*
 - 54. *Para el caso de cuidados intensivos dentro y fuera de Centroamérica, la cobertura será hasta el máximo de la suma asegurada de la vigencia.*
 - 55. *Acné, Acné inflamatorio, siempre y cuando sea considerado como una enfermedad.*
 - 56. *El Asegurado no estará obligado a presentar los resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos casos con diagnóstico de enfermedades crónicas.*
 - 57. *Se presenta listado de aranceles a utilizar, para la indemnización de reclamos.*
 - 58. *Se ofrecen servicios con red de proveedores médicos, sin costo adicional.*



- 59. En caso de retiro del empleado de CEPA, este 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).
- 60. Cobertura para tratamiento médico o quirúrgico para la obesidad, hasta un máximo de US\$7,000.00
- 61. Cobertura diagnostico por trastornos del sueño (apnea del sueño) y su tratamiento.
- 62. Tratamiento para insuficiencia renal crónica-diálisis.

FORMA DE PAGO SEGURO OPCIONAL:

10 cuotas mensuales y sucesivas.

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 diecisiete.

Lic. Luis A. Rivas Ayala
Apoderado Especial