

**POLIZA DE SEGURO
MEDICO HOSPITALARIO**

Número de Póliza:	CMH-01224
Contratante :	FONDO DE SANEAMIENTO Y FORTALECIMIENTO FINANCIERO (FOSAFFI))
Domicilio :	SAN SALVADOR
Vigencia del Seguro:	Del domingo, 31 de diciembre de 2017 al miércoles , 31 de enero de 2018 (ambas fechas a las doce horas del día)

ASEGURADORA AGRICOLA COMERCIAL, S.A. del domicilio de San Salvador, República de El Salvador, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", de conformidad a las condiciones Generales y Especiales de la Póliza arriba indicada, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, conviene con el Contratante arriba citado en reembolsar los gastos médico-hospitalarios en que incurran las personas que forman parte del grupo asegurado, por enfermedad o accidente, quienes en adelante se designarán "Los Asegurados", durante el período de vigencia de la presente Póliza.

SECCION I: MEDICO HOSPITALARIO

GRUPO ASEGURADO	Ámbito de Cobertura
Personas activamente trabajando para el Contratante y según las siguientes categorías:	
1 - EMPLEADOS CON NOMBRAMIENTO PERMANENTE O POR CONTRATO Y EMPLEADOS QUE TENGAN LICENCIA CON GOCE DE SUELDO.	Centroamérica, excluido Belice y Panamá
2 - EMPLEADOS PENSIONADOS Y JUBILADOS DESDE LOS 70 AÑOS DE EDAD.	Centroamérica, excluido Belice y Panamá

CUADRO DE BENEFICIOS							
Clase	Máximo Vitalicio	Deducible		Límite para cuarto de hospital		Porcentaje de Reembolso (*)	
		Gastos en C.A. Año Calendario	Gastos fuera C.A. Por evento.	Dentro C.A.	Fuera de C.A.	Gastos dentro C.A.	Gastos fuera C.A.
1 y 2	\$30,000.00	\$57.00 Hasta 2 deducibles por familia	\$0.00	\$35.00	\$0.00	80.00%	0.00%

(*) Asegurados menores de 70 años: 80% de reembolso

(*) Asegurados mayores de 70 años: 70% de reembolso

Clase	Porcentaje de Coaseguro (**)		Límite de Coaseguro	
	Gastos en C.A.	Gastos fuera de C.A.	Gastos en C.A.	Gastos fuera de C.A.
1 y 2	20.00%	0%	\$1,143.00 excesos al 100%. Por familia \$2,286.00 excesos al 100%	\$0.00

(**) Asegurados menores de 70 años: 20% de coaseguro

(**) Asegurados mayores de 70 años: 30% de coaseguro

LIMITES DE EDAD				
Clase	Edad mínima para Ingreso a la Póliza	Edad máxima para Ingreso a la Póliza.	Para Estar asegurado*	Reducción de Suma asegurada**
1	18 años.	70 años.	85 años.	Sin reducción

BENEFICIOS ADICIONALES

- Garantía de servicios hospitalarios
- Maternidad como Cualquier Otra Enfermedad
- Red de proveedores de servicios médicos: RED ACSA

CONDICIONES ESPECIALES

1. Gastos Funerarios para dependientes de asegurados inscritos en el seguro médico: \$2,286.00.
Limitación: Dependientes son: Cónyuge o conviviente, e hijos solteros, estudiando a tiempo completo y dependientes económicos del asegurado. Todos deben estar inscritos en el Seguro Médico Hospitalario.
2. Sobre los movimientos de personal: inclusiones o exclusiones, el cálculo de las primas a pagar o que devuelva la aseguradora (prima no devengada), será efectuado a prorrata en forma semestral los meses de junio y diciembre, entendiéndose esto lo acontecido de enero a junio el primer corte y de julio a diciembre el segundo, adjuntando sus respectivos anexos, pudiéndose compensar en estos dos períodos de corte si procediera, los valores a pagar o devolver.

GASTOS CUBIERTOS

La presente 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:

1. Honorarios de cirujano.
2. Honorarios de anestesiólogo, sin limitar a los honorarios del cirujano, siempre y cuando sean razonables según tabla de AMAES.
Limitación: según AMAES-1999
3. Análisis de laboratorio, estudios de rayos "X", electrocardiografía y otros.
4. Exámenes computarizados "SCAN" u otros resultantes, acordes a la tecnología moderna.
5. Transfusiones de sangre, plasma, suero y otras sustancias semejantes.
6. Aparatos de yeso, prótesis u ortopedia, sillas de ruedas, muletas, cama especial, pulmón artificial y otros aparatos semejantes.
7. Tratamiento de radio o terapia radioactiva.
8. Aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase, ojos o miembros artificiales, causados por accidente.
9. Transporte de ambulancia terrestre y aérea dentro del territorio Salvadoreño y otro país Centroamericano.
10. Consulta general externa y por especialidades.
11. Gastos por extracción de las terceras molares impactadas o cordales, incluyendo los rayos x y medicinas.
12. Visitas médicas en el hospital sin límite siempre que se justifique por el médico tratante.
13. Gastos de cirugía plástica causadas por accidente, dentro de los 6 meses después del accidente.
14. Gastos por enfermedades mentales y trastornos nerviosos, incluyendo la Psiquiatría dentro y fuera del hospital, liquidados como cualquier otra enfermedad e incluso, trastornos de la conducta, de lenguaje y de aprendizaje. Los servicios de un psiquiatra profesional serán hasta 24 visitas en el año calendario. Después de haber sido cubierto el deducible anual, se reembolsará el 80% de los gastos incurridos.
Observación: Se otorga hasta 50 visitas al año. Máximo por consulta \$40.00
15. Complicaciones del embarazo tales como: Embarazos extrauterinos que requieran cirugía interabdominal, vómitos perniciosos, toxemia de la sangre y embarazo ectópico.
16. Enfermedades de tipo alérgico, pago de vitaminas y vacunas, sin límite de edad.
17. Cobertura para hijos desde el momento de su nacimiento, incluyendo casos de niños prematuros, con defectos congénitos y cualquier otro padecimiento.
18. Enfermedades de tipo congénito.
Limitación: Hasta un máximo de US\$10,000.00 por año póliza.
19. Traslado de deducible por los últimos 3 meses del año.
20. Avances tecnológicos sin límite de aranceles, tales como: Resonancia magnética, Litotricia Extracorpórea y Cirugía laparoscópica, etc.
21. Enfermedades ocasionadas por epidemias.
22. Gastos de Fisioterapeutas.
23. Período de presentación de reclamos de 12 meses a partir de la fecha incurrida.
24. Prostatactomía e Histerectomía sin límite de edad.
25. Cobertura para compra de zapatos ortopédicos, liquidables al 100% del valor de compra, máximo 2 pares por año.
26. Gastos por tratamiento de SIDA, como cualquier enfermedad, como mínimo el 50% del máximo vitalicio.
27. Gastos de enfermera privada.
28. Citología en la mujer y prueba de próstata en el hombre para prevenir el cáncer.
29. Esterilización en ambos sexos.
Limitación: Solo por indicación médica.
30. Menopausia y andropausia.
31. Gastos funerarios para dependientes, sin costo US\$2,286.00.
32. Curas de Hernias de cualquier tipo.
33. Circuncisiones por cualquier causa.

34. Restauración anual automática del máximo vitalicio por el 100% del máximo original, en caso de renovación para todos los asegurados. En caso que un asegurado o dependiente, agote su máximo antes de finalizar el año-póliza, éste podrá ser restaurado hasta por su suma original en ese mismo año con cobro de prima adicional.
Limitación: Hasta una reinstalación por vigencia y con cobro de prima anual y se reinstala solo para enfermedades o accidentes diferentes al que ocasionaron el agotamiento de la suma.
35. Queratoplastia, Queratotomías o Queratoconos en casos mayores de 5 grados.
36. Eliminación de la cláusula de pre-existencia para empleados antiguos y nuevas incorporaciones, incluyendo aquellas enfermedades de origen congénito y/o hereditario, sin límite de reembolso para los empleados actuales. Para nuevos empleados aplica la pre-existencia de seis (6) meses.
Limitación: Período de espera de 6 meses para preexistencia para toda nueva incorporación a la póliza.
37. Tratamientos por inyección esclerosante y venas varicosas.
38. Maternidad como cualquier otra enfermedad.
Limitación: Demás términos según anexo de maternidad.
39. Toxoplasmosis con o sin hospitalización.
40. Cobertura para hijos a partir del primer día de nacidos, hasta la edad de 25 años, siempre y cuando estén solteros y dependan económicamente del asegurado e incluyendo a hijos que por problemas de salud les impidan desarrollar una vida normal si no estudian por causa justificada; Tales dependientes deben residir con el empleado y depender económicamente de él.
41. Cobertura ocupacional y no ocupacional para empleados y dependientes.
42. Cobertura para la Apnea del sueño.
43. Honorarios médicos para consulta ambulatoria fuera de red, máximo US\$30.00.
44. Reinstalación del Máximo Vitalicio por accidente hasta un 100% de la suma asegurada, durante la misma vigencia de la póliza.
Limitación: Con cobro de prima anual y la reinstalación solo será para accidentes diferentes al que agotaron la suma.
45. RED DE PROVEEDORES: Dicha red será con el fin de mantener los beneficios actuales, como son pagar únicamente el 20% o 30% (según la clase de asegurado) de los gastos incurridos en los hospitales, descuentos en farmacias, en laboratorios y honorarios médicos razonables pagados al 100% por la aseguradora, así como otros gastos cubiertos por la póliza. La aseguradora deberá presentar alternativas de créditos o servicios de otra empresa para hacer uso de los beneficios del seguro de gastos médicos sin realizar el asegurado las erogaciones de sus propios recursos, tales como gastos hospitalarios, honorarios de médicos, etc., brindando una asesoría médica para los asegurados, a través de personal de la aseguradora o de la empresa que se subcontrate. Se requiere que la oferta presente un mínimo de 4 hospitales de mejor calidad, así como médicos de prestigio y laboratorios que brinden descuentos y créditos cobrables a la compañía aseguradora, además de otros beneficios de esta línea que pueden brindar.
Limitación: Crédito en hospitales hasta por el 80%, sujeto a previa firma del documento GARANTIA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS por parte del Contratante.
46. Beneficios adicionales que proporcione la Compañía de seguro sin costo de prima.
Observación: Según condiciones generales de la póliza.
47. Las compañías aseguradoras que coticen alguna alternativa de servicios hospitalarios, médicos, laboratorios, etc. La liquidación de estos gastos que no se efectúen dentro de los proveedores o establecimientos bajo los cuales tengan crédito la aseguradora, estos podrán ser liquidados a valores como si se hubieren obtenido dentro de los términos establecidos por los proveedores o los centros donde haya obtenido créditos la aseguradora.
Limitación: Gastos fuera de RED se liquidan con términos normales de póliza (deducible y coaseguro normal)
48. En caso de presentar gastos de honorarios médicos a reembolso y estos sean menores o iguales que los aranceles establecidos en las alternativas propuestas, también se reembolsarán como si fueran incurridos bajo el mismo beneficio que ofrezcan sin aplicar deducible, incluyendo los honorarios mayores a los indicados, previa autorización de la Aseguradora o RED; así como los gastos incurridos de laboratorio y rayos x, compra de medicamentos en farmacias que no son de red de proveedores, siempre que apliquen descuentos iguales o mayores de la compañía Aseguradora o la RED.
Limitación: solo en caso de preautorizados por la Compañía.
49. Cuando se deje de utilizar la alternativa propuesta, el reembolso de Gastos Médicos deberá hacerse efectivo a más tardar 5 días hábiles, a partir de la fecha que la compañía aseguradora recibe la reclamación.
50. En caso de accidentes y sea necesario tratamiento dental, éste se podrá realizar dentro de los 6 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente.
Limitación: Fuera de este plazo no hay cobertura.
51. Los beneficios ofertados en salud que sean incurridos en el área Centroamericana, serán reembolsados al tipo de cambio de la moneda del país donde se realizó el tratamiento.
52. Continuidad del seguro médico por 2 años o más después de la vigencia normal en ocasión de quedar incapacitado total y permanentemente un asegurado, aun cuando la póliza haya sido terminada.
Limitación: Se otorga cobertura siempre y cuando a póliza este vigente con la Compañía.
53. Cobertura para tratamientos relacionados con el crecimiento como mínimo US\$1,500.00 por año y por persona.
54. Cobertura para la corrección de cataratas y pterigión sin límite de edad.

55. Honorarios y tratamientos médicos con medicinas y terapias alternativas, toda vez que sean hechas por profesionales registrados en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica hasta un máximo de US\$1,500.00 por año y por grupo familiar.
56. No aplicar deducible cuando el asegurado solicite la coordinación de beneficios, que consiste en reembolsar el porcentaje de coaseguro no cubierto por la otra aseguradora, en la que el asegurado o su cónyuge esté cubierto bajo otra póliza de salud.
57. En caso de fallecimiento de un empleado asegurado, se dará continuidad de gastos para los familiares dependientes, hasta el vencimiento de la prima pagada.
58. Transplante de órganos.
59. Acné inflamatorio o infeccioso.
60. Tratamiento de lesiones resultantes de violencia política, siempre y cuando el asegurado sea una mera víctima casual.

PRIMA INDIVIDUAL ANUAL

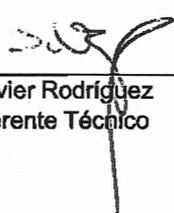
CLASE	EMPLEADO SOLO	EMPLEADO Y FAMILIA
1, 2	\$64.21	\$190.16

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: ANUAL

TOTAL PRIMA A PAGAR: US\$ 10,468.68

Intermediario: REMBERTO DAVID SORIANO JUAREZ
 Subgerente Corporativo: FLAVIO HERRERA (NEGOCIOS INSTITUCIONALES)
 Teléfonos: 2261-8367
 Correo Electrónico: jherrera@acsa.com.sv

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo, en San Salvador, 3 de enero de 2018



 Javier Rodríguez
 Gerente Técnico




 PARA FIRMA DEL ASEGURADO



**ENDOSO DE GASTOS MEDICOS
POR MATERNIDAD
(COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD)**

Forma parte de la Póliza:	CMH-01224
Vigencia:	Del domingo, 31 de diciembre de 2017 al miércoles , 31 de enero de 2018 (ambas fechas a las doce horas del día)
Contratante:	FONDO DE SANEAMIENTO Y FORTALECIMIENTO FINANCIERO (FOSAFFI)

No obstante lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza, la Compañía conviene en reembolsar los gastos por maternidad, los cuales consistirán en la cantidad de gastos que sean calificados como necesarios, justos, razonables y acostumbrados incurridos por la Empleada asegurada o por la Cónyuge o Compañera de vida inscrita de un Empleado asegurado, de acuerdo a las disposiciones abajo descritas.

1. Se cubrirán solo aquellos gastos incurridos después de que la Empleada asegurada o la Cónyuge o Compañera de Vida de un Empleado asegurado haya estado inscrita en la póliza por un periodo continuo de 10 meses o más. Este periodo de espera se contará para las empleadas o dependientes aseguradas de nueva inscripción desde la fecha en que hayan sido inscritas en esta póliza y para las del grupo asegurado inicial dicho periodo se contará desde la fecha de inscripción en la póliza de la aseguradora anterior, siempre y cuando haya estado vigente este beneficio de maternidad en esa fecha. Este periodo de espera es específico para este beneficio, es decir, es independiente de lo estipulado para las pre-existencias.

Las circunstancias anteriores deben ser demostradas fehacientemente por el Contratante con la documentación e informaciones correspondientes en cada caso, a requerimiento de la Compañía.

2. Este beneficio aplica para todas las empleadas aseguradas, con o sin dependientes inscritos, y para la cónyuge o compañera de vida inscrita de los empleados asegurados.
3. En el caso de terminación del Contrato de Trabajo de un Empleado Asegurado, la cobertura bajo éste beneficio también terminará en la fecha de su retiro.
4. El reembolso de gastos estará sujeto a los términos y condiciones de la póliza.
5. Se excluyen gastos por neonatólogo o pediatra, nursearía y demás gastos por atenciones al recién nacido.
6. Si la póliza tiene cobertura mundial, los gastos incurridos fuera de Centroamérica se reembolsarán hasta un máximo de US\$2,500.00 y solo por los siguientes eventos: cesárea, parto vaginal y aborto espontáneo. En estos casos no se aplicará deducible ni coaseguro.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Endoso en la Ciudad de San Salvador, el día miércoles 3 de enero de 2018

**ANEXO DE BENEFICIOS OTORGADOS PARA EL USO EXCLUSIVO DE
RED MÉDICA ACSA
(BENEFICIOS COMPLETOS)**

Forma parte de la Póliza: CMH-01224

Contratante: FONDO DE SANEAMIENTO Y FORTALECIMIENTO FINANCIERO (FOSAFFI)

Domicilio: 1ra. Calle Poniente y 7a. Ave. Norte, Edificio BCR, 2do. Nivel, San Salvador.

Vigencia del Seguro: Del domingo, 31 de diciembre de 2017 al miércoles, 31 de enero de 2018 (ambas fechas a las doce horas del día)

Hacemos constar que la póliza a la cual se agrega este anexo, goza de los beneficios de la RED MÉDICA ACSA, para que el Asegurado y sus dependientes disfruten de todos los servicios que ésta otorga.

CONDICIONES ESPECIALES:

BENEFICIOS:

El asegurado gozará de los siguientes beneficios siempre y cuando sea atendido por médicos proveedores de RED MEDICA ACSA:

- **Aranceles preferenciales** en consulta ambulatoria, exámenes de laboratorio y estudios especiales de diagnóstico en establecimientos autorizados de RED MEDICA ACSA.
- **Crédito** en consulta ambulatoria, exámenes de laboratorio y estudios especiales de diagnóstico en establecimientos autorizados de RED MEDICA ACSA
- **Convenio de crédito** con Hospitales privados de alto prestigio, el cual estará definido por la Garantía de servicios hospitalarios.
- En caso de ingreso hospitalario ACSA cubrirá el **100% de los honorarios médicos y de anestesiólogos** aprobados, así como los generados por las visitas hospitalarias, en Unidad de Cuidados Intensivos e interconsultas.
- Los gastos incurridos por enfermedades y padecimientos cubiertos gozarán del beneficio de **cero deducible**.

FORMA DE OPERAR EL SERVICIO:

1. Consulta externa en clínica

El Asegurado únicamente cancelará el copago de \$5.00, más el porcentaje de participación pactado según la póliza de otros gastos incurridos fuera de la consulta en el establecimiento médico.

2. Consulta de emergencia hospitalaria sin ingreso

El Asegurado cancelará el porcentaje de participación pactado según la póliza, solo para los casos en donde el total de gastos sea como mínimo \$1.00 y la emergencia esté comprendida en el concepto descrito más adelante; caso contrario, el asegurado debe pagar los gastos resultantes y solicitar posteriormente el reembolso a la Compañía.

3. Gastos de hospital

Para los gastos hospitalarios por emergencia o procedimientos programados, aplicará coaseguro según condiciones de la póliza, cancelando el asegurado lo estipulado en **Garantía de servicios hospitalarios**.

4. Exámenes en laboratorios clínicos

El asegurado cancelará únicamente el porcentaje de participación pactado según la póliza, de los exámenes realizados en establecimientos de proveedores afiliados a RED MÉDICA ACSA, indicados por un médico de la Red; caso contrario, deberá pagar el 100% del total del gasto y solicitar reembolso a ACSA.

5. Estudios especiales de diagnóstico

El asegurado cancelará únicamente el porcentaje de participación pactado según la póliza, de los exámenes realizados en establecimientos de proveedores afiliados a RED MÉDICA ACSA, indicados por un médico de la Red y previamente pre-autorizados por la Aseguradora; caso contrario, deberá pagar el 100% del total del gasto y solicitar reembolso a ACSA.

6. Compra de medicinas.

El asegurado cancelará el 100% del total del gasto y solicitará después el reembolso a ACSA el cual se hará en un período no mayor a 5 días hábiles después de presentado

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Identificarse en el establecimiento de Red con su carné de seguro y su DUI.
2. Verificar que la documentación entregada para reembolso de los gastos (formularios, recetas, ordenes de exámenes, etc), esté debidamente firmada y sellada por el médico tratante.
3. Pagar antes de retirarse del establecimiento, los gastos no cubiertos en exceso a los autorizados por ACSA.

GASTOS DENTRO Y FUERA DE RED:

Si un asegurado hace uso de un médico de la Red y de otro médico que no sea de la Red, deberá presentar los gastos por separado, es decir, presentará dos reclamos: uno con las facturas del médico de la Red anexando a éste las facturas de farmacia y/o laboratorio, y otro por el médico que no es de Red anexando a éste las facturas generadas por dichos reclamos. No deberá mezclar en un mismo documento compra de medicinas u otros gastos de diferentes médicos.

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Póliza: Es un contrato entre el asegurado y la Compañía de Seguros, donde se establecen los derechos y obligaciones de ambas partes, así como las coberturas (son los riesgos que asume el asegurador y que se describen en la póliza), en relación al seguro contratado.

Médico especialista: Se refiere a aquellos médicos especializados en un área específica del cuerpo humano, a unas técnicas quirúrgicas o a un método diagnóstico determinado.

Arancel preferencial: Es el valor monetario aplicado sobre los servicios médicos ofrecidos a través de proveedores de Red ACSA, este valor ha sido previamente negociado de acuerdo a las condiciones económicas vigentes en el país y el cual puede ser modificado dependiendo de la inflación en los precios de los servicios médicos.

Convenio de crédito: Se define como el acuerdo entre proveedores médico-hospitalarios y la Compañía Aseguradora de brindar crédito por servicios incurridos por asegurados bajo pólizas vigentes contratadas por la Compañía. Este convenio está sujeto a cubrir únicamente los gastos considerados como justos, razonables y acostumbrados.

Ingreso hospitalario: Es el internamiento del paciente en un centro hospitalario para evaluación y tratamiento clínico o quirúrgico por un padecimiento cubierto bajo las condiciones generales y especiales de la póliza contratada.

Consulta de emergencia: Se define como toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa (ambulatorio), en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, el cual debe estar comprendido dentro del concepto descrito a continuación.

Emergencia: Todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención médica inmediata, como también todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte y que requiere de atención inmediata.

A continuación se detallan las afecciones consideradas bajo este concepto:

- Accidentes.
- Crisis convulsivas.
- Hemorragias activas por cualquier vía
- Crisis súbitas de los Sistemas Circulatorio, Respiratorio, Gastrointestinal o Urológico. Deshidratación severa
- Intoxicación severa
- Mordeduras o piquetes de animales venenosos.
- Quemaduras de primer grado mayor del 15% de superficie corporal, quemaduras de segundo grado mayor al 10% de superficie corporal y quemaduras de tercer grado mayor al 5% de superficie corporal.
- Quemaduras de cara, articulaciones y genitales aún con menos porcentaje.
- Dolor torácico súbito y persistente.

- Perdida del conocimiento sin recuperación espontanea.
- Parálisis súbita de cualquier extremidad.
- Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.
- Heridas extensas.

No serán consideradas como emergencia todo padecimiento que el paciente perciba o sienta que amenaza su vida, pero que medicamente pueda ser atendido por consulta externa, tales como:

- Enfermedades respiratorias, bacterianas o virales leves y moderadas
- Enfermedades gastrointestinales leves y moderadas.

Consulta externa: Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Emergencias.

Procedimiento Ambulatorio: Es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico en que el paciente es intervenido sin ingresar y por lo tanto sin hospedarse en el Hospital, independientemente de que la cirugía sea mayor o menor, y que la anestesia sea local, regional o general.

Deducible: Es la cantidad inicial de gastos médicos y hospitalarios elegibles que el empleado Asegurado y cada uno de sus dependientes elegibles deberán asumir por su cuenta individualmente antes que ningún beneficio sea indemnizado por esta Póliza.

Coaseguro: Es el porcentaje de los gastos elegibles que queda a cargo de cada Asegurado después de aplicar el deducible por cada evento de conformidad con lo indicado en el Cuadro de Beneficios de ésta Póliza.

Gastos justos, razonables y acostumbrados: se entenderán como tales, aquellos montos por servicios médicos y hospitalarios derivados por enfermedad o accidente, el cual se considere justo hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado.

Mayor información

Para mayor información sobre el uso de la red llamar a los teléfonos 2261-8324, 2261-8245 en días hábiles (lunes a viernes), de 8:00 am a 5:00 pm.

En horas no hábiles, atención las 24 horas al 2283-3344 o desde cualquier celular al *600

Queda entendido y convenido que todos los demás términos, condiciones, limitaciones y garantías de la citada Póliza continúan vigentes y sin modificación alguna.

Se conviene que todos los términos de este anexo se pueden modificar y los cambios surtirán efecto 30 días después de ser notificados al asegurado o contratante.

La red de proveedores y hospitales es sujeta de cambios sin previo aviso, por lo cual recomendamos consultar nuestro sitio web www.acsa.com.sv

En testimonio de la cual, se emite el presente Anexo en la Ciudad de San Salvador 3 de enero de 2018