

**POLIZA DE SEGURO
MEDICO HOSPITALARIO**

Número de Póliza:	CMH-01228
Contratante :	FONDO DE SANEAMIENTO Y FORTALECIMIENTO FINANCIERO (FOSAFFI))
Domicilio :	SAN SALVADOR
Vigencia del Seguro:	Del miércoles, 31 de enero de 2018 hasta el lunes, 31 de diciembre 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 periodo de vigencia de la presente Póliza.

SECCION I: MEDICO HOSPITALARIO

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

CUADRO DE BENEFICIOS							
Clase	Máximo Anual por Persona	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 máxlna para Ingreso a la Póliza.	Para Estar asegurado*	Reducción de Suma asegurada**
1 y 2	18 años.	65 años.	Sin límite	Sin Reducción

*El seguro termina al cumplir esta edad

**La suma asegurada se reduce al cumplir estas edades

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, aumentos o disminuciones de sumas aseguradas, 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 periodos 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. Prostatectomía 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: Periodo 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	\$691.79	\$2,048.84

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA: ANUAL

TOTAL PRIMA A PAGAR: US\$ 112,792.32

Intermediario **REMBERTO DAVID SORIANO JUAREZ**
 Subgerente Corporativo **FLAVIO HERRERA (NEGOCIOS INSTITUCIONALES)**
 Teléfonos: _____
 Correo Electrónico: _____

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo, en San Salvador, 9 de febrero 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-01228
Vigencia:	Del miércoles, 31 de enero de 2018 hasta el lunes, 31 de diciembre 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 período 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 período 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 período de espera es específico para este beneficio, es decir, es independiente de lo estipulado para las preexistencias.

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, nurseña 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 viernes 9 de febrero de 2018

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.
- Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- 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, 9 de febrero de 2018

MANUAL RED MEDICA ACSA COMPLETA

Estimado(a) Asegurado(a):

Pensando en el bienestar de nuestros Asegurados, hemos integrado una Red Médica de proveedores, para que usted disfrute de todos los beneficios que ésta le ofrecerá. El objetivo es brindarle un servicio de alta calidad, oportuno y ágil que garantice el cumplimiento de las Normas Internacionales de la Organización Mundial de la Salud, bajo el concepto de los beneficios que una red otorga.

Los beneficios serán aplicados siempre y cuando usted haga uso de los médicos y proveedores de nuestra RED MÉDICA ACSA; de lo contrario, se le reembolsarán los gastos con la aplicación del DEDUCIBLE Y COASEGURO normal de la póliza.

A continuación presentamos un instructivo para el uso adecuado de su seguro médico. Para garantizarle un servicio más rápido, ágil y efectivo le sugerimos tomar en consideración las recomendaciones planteadas a continuación.

BENEFICIOS QUE OFRECE RED MÉDICA ACSA

- Médicos especialistas en las diferentes áreas, capacitados para brindar un servicio de primera calidad.
- Aranceles preferenciales en consulta ambulatoria, exámenes de laboratorio y estudios especiales de diagnóstico en establecimientos afiliados a la RED MEDICA ACSA.
- Convenio de crédito en Hospitales privados de prestigio, según documento Garantía de servicios hospitalarios.
- En caso de ingreso hospitalario, ACSA absorbe el 100% de los honorarios médicos y de anesthesiólogos, así como los generados por las visitas hospitalarias, en Unidad de Cuidados Intensivos e interconsultas, y el 80.00% de la cuenta hospitalaria y estudios de patología, previa autorización y condiciones según póliza. No se aplica deducible a ninguno de los gastos incurridos por el asegurado.

GASTOS AMBULATORIOS O DE CONSULTA EXTERNA

Consulta externa en clínica

Usted 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 afiliado a RED MEDICA ACSA.

Consulta de emergencia en hospital 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.

Para fines de este manual, las afecciones consideradas bajo el concepto de "emergencia" son:

- 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.
- Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- 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.

Exámenes en laboratorios clínicos, ultrasonografía y estudios de rayos X

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 de acuerdo al procedimiento establecido.

Estudios especiales de diagnóstico

Usted 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.

IMPORTANTE

En todos los casos, es requisito indispensable presentar su carné de seguro vigente al momento de hacer uso de los beneficios de su seguro médico; caso contrario, los gastos ocurridos no gozarán de crédito.

Para los estudios especiales, solicite a su médico que realice el trámite de pre-autorización por usted. El médico le remitirá su autorización, con la cual se podrá realizar el estudio indicado.

Los siguientes servicios no gozan de crédito, es decir deben ser cancelados en su totalidad por el asegurado y presentados posteriormente en ACSA para su reembolso:

- Compra de medicinas.
- Gastos incurridos al utilizar un médico no afiliado a RED MEDICA ACSA

Para ser reembolsados, se deben presentar todos los documentos descritos a continuación:

Documentos a presentar para reembolso:

Por gastos en consultorio de un médico de Red:

- Formulario de Reembolso de Gastos Seguro Médico Hospitalario (GMH012012) completado por el asegurado y el médico tratante en la parte que les corresponde.
- En casos de procedimientos en clínica debe adjuntar la Pre-autorización correspondiente emitida por ACSA.
- Factura de consumidor final a nombre del asegurado, en la cual se detalle cada uno de los gastos incurridos y su valor.

Por gastos en laboratorios y/o clínicas de gabinete:

- Orden para exámenes con el nombre completo del paciente, fecha de la consulta, diagnóstico, firma y sello del médico.
- En caso de exámenes que requieran autorización previa, la Pre-autorización correspondiente emitida por ACSA, indicando los estudios que se realizó.
- Factura de consumidor final a nombre del asegurado, detallando los estudios realizados y su valor respectivo.

Por gastos en la compra de medicamentos:

- Receta original con el nombre completo del paciente, fecha de la consulta, diagnóstico, firma y sello del médico.
- Factura de consumidor final a nombre del asegurado donde se reflejen el número de medicamentos, el nombre y el costo de cada uno

IMPORTANTE:

La documentación debe ser recopilada por el asegurado para ser presentada de una sola vez; caso contrario, debe completar adicionalmente el Formulario para Trámite de Gastos Complementarios Seguro Médico Hospitalario – Código GMH062008- para tramitar el reembolso de los gastos por separado.

Todos los gastos serán reembolsados de acuerdo a los términos y condiciones estipuladas en la póliza de seguro médico hospitalario, es decir, que el uso de los médicos de RED MEDICA ACSA no garantiza la cobertura de los gastos incurridos.

GASTOS EN HOSPITAL

Los siguientes servicios gozan de crédito del 80.00%, de acuerdo a la Garantía de servicios hospitalarios:

- Cuenta hospitalaria (por ingresos)
- Honorarios de patología

Adicionalmente, ACSA cubrirá la totalidad de los siguientes gastos previamente autorizados:

- Honorarios médicos por consulta de emergencia hospitalaria con ingreso.
- Honorarios médicos y anestesia por cirugía, previa autorización.
- Visitas hospitalarias.
- Visitas en cuidados intensivos.
- Interconsultas hospitalaria.

Para hacer uso de este beneficio, el asegurado deberá presentar su carné de seguro vigente y un documento de identidad en el establecimiento hospitalario, quien se encargará de realizar todos los trámites correspondientes con RED MEDICA ACSA.

Al salir del hospital usted deberá cancelar el 20.00% en concepto de coaseguro, así como la totalidad de los gastos no cubiertos, los cuales serán notificados al asegurado oportunamente.

IMPORTANTE:

El crédito hospitalario no será otorgado si:

1. La póliza presenta primas en mora
2. Existen saldos no reintegrados por créditos otorgados con anterioridad.
3. Los gastos no gozan de cobertura

MAYOR INFORMACIÓN

✓ Para mayor información sobre el manejo de la red, llamar al teléfono :
2261-8324, 2261-8245, de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Nuestro personal le podrá ayudar en:

- Información sobre datos generales de los proveedores que integran la RED MEDICA ACSA.
- Detalles sobre la participación del asegurado en el pago de los servicios médicos y hospitalarios.
- Asesoría sobre el procedimiento de pre-autorización de exámenes especiales y/o cirugías.

Para emergencias, llame a nuestra cabina de asistencia al 2283-3344 o marcando desde cualquier celular *600
Nuestro directorio médico se encuentra disponible en la página web www.acsa.com.sv

IMPORTANTE:

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.

Todos los términos de este manual se pueden modificar y los cambios surtirán efecto 30 días después de ser notificados al asegurado o contratante.

San Salvador, 9 de febrero de 2018

**SEGURO MEDICO HOSPITALARIO COLECTIVO
CONDICIONES GENERALES
CONDICIONES RELACIONADAS A LA NATURALEZA DEL SEGURO**

DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza, las expresiones siguientes, tendrán el significado y el alcance que a continuación se les asigna:

CONTRATANTE. Persona jurídica, cuya propuesta sirve de base para la expedición de ésta Póliza y a cargo de la cual se estipula la obligación del pago de primas, en virtud de su relación con los miembros del grupo Asegurado.

ASEGURADO. Se refiere a un empleado que de acuerdo a los términos de la Póliza, se le haya inscrito en el registro de Asegurados, que contendrá todos los datos que determine la COMPAÑIA Aseguradora, lo cual constará en la Cédula de Inscripción emitida. El Asegurado podrá ampliar la cobertura de ésta Póliza, cuando el Contratante así lo proponga, a efecto de que se incluyan en ella los gastos médicos que se originen de la atención de la familia del Asegurado, denominando a estos como dependientes e incluyéndolos con dicha calidad en el registro de Asegurados, si éstos son elegibles según los términos y estipulaciones de la Póliza.

BENEFICIOS. Toda Cobertura con su respectiva suma indemnizable por la COMPAÑIA, de conformidad a lo estipulado en la presente Póliza.

PERIODO DE ELEGIBILIDAD. Cada empleado activo que pertenezca a la categoría o categorías con derecho a Seguro de la Póliza, en lo que se refiere a ésta Cobertura, será elegible en la fecha de vigencia de la Póliza y cada empleado de la misma categoría que posteriormente ingrese a trabajar activamente con el Contratante, será elegible cuando haya cumplido con el período de espera que establece la presente Póliza.

PERIODO DE ESPERA. Cada empleado que pertenezca a cualquiera de las categorías con derecho a Seguro de la Póliza, en lo que se refiere a ésta Cobertura, deberá cumplir con un período de 30 días de trabajo activo y permanente con el Contratante. En caso de requerirse Cobertura inmediata, la tarificación contemplará un recargo adicional.

PARTICIPACIÓN. Para otorgar la presente Póliza, la COMPAÑIA requiere que haya un porcentaje de participación de Asegurados mínimo del 75% cuando el empleado contribuya con el pago de la prima, si el grupo elegible es de 50 empleados en adelante; y más del 85% si el grupo elegible está entre 20 y 49 empleados. En ningún caso el mínimo de Asegurados podrá ser menor de 20.

EMPLEADOS ELEGIBLES PARA SEGURO. Las condiciones a reunir por los empleados que formarán parte de esta Póliza son: ser empleados activos que trabajan el horario completo, trabajando no menos de 30 horas a la semana.

Cada empleado activo al momento de contratarse ésta Póliza será elegible inmediatamente, y cada empleado nuevo que seguidamente a la fecha efectiva de la Póliza cumpla con los requisitos necesarios para su incorporación; sin embargo, si un empleado en la fecha de su elegibilidad no se encuentra desempeñando activamente su trabajo, será elegible el día de su regreso como empleado activo.

En los grupos en que el empleado participa con el pago de las primas, deberá adicionarse al grupo de Asegurados en la fecha de su elegibilidad, teniendo un período de treinta (30) días para presentar a la aseguradora su solicitud de inscripción al seguro.

La cobertura del seguro queda sin efecto después que el asegurado permanezca fuera de El Salvador por más de 30 días consecutivos en cualquier periodo de 12 meses, ya sea por razones de estudio trabajo, competencias o por atender asuntos familiares de cualquier índole. No obstante, la cobertura se reanudará a partir del día en que el asegurado regresa a El Salvador.

FAMILIAR DEPENDIENTE ELEGIBLE PARA SEGURO. Se entenderá como tal, el cónyuge o el(la) compañero(a) de vida que esté registrado como tal en los archivos del Contratante. También se consideran como familiares dependientes los hijos, hijastros e hijos adoptados, siempre que sean solteros, estudiantes a tiempo completo, residan con el asegurado y dependan económicamente de éste. Si la póliza cubre también a los dependientes, los hijos pueden inscribirse desde el primer día de su nacimiento, sujeto a que cumplan satisfactoriamente las pruebas de asegurabilidad solicitadas por la aseguradora, terminando la cobertura al cumplir los 21 años de edad. No obstante lo anterior, los hijos solteros pueden ser considerados como familiares dependientes hasta el cumplimiento de los 25 años de edad siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto o en la universidad y que dependan del Asegurado para su sostenimiento. Si el seguro es opcional o contributivo, la inscripción de un hijo solo puede solicitarse a partir del décimo día de nacido y la cobertura iniciaría a partir de la fecha que indique la Compañía luego de evaluar las pruebas de asegurabilidad correspondientes.

GASTOS EN HOSPITAL

Los siguientes servicios gozan de crédito del 80.00%, de acuerdo a la Garantía de servicios hospitalarios:

- Cuenta hospitalaria (por ingresos)
- Honorarios de patología

Adicionalmente, ACSA cubrirá la totalidad de los siguientes gastos previamente autorizados:

- Honorarios médicos por consulta de emergencia hospitalaria con ingreso.
- Honorarios médicos y anestesia por cirugía, previa autorización.
- Visitas hospitalarias.
- Visitas en cuidados intensivos.
- Interconsultas hospitalaria.

Para hacer uso de este beneficio, el asegurado deberá presentar su carné de seguro vigente y un documento de identidad en el establecimiento hospitalario, quien se encargará de realizar todos los trámites correspondientes con RED MEDICA ACSA.

Al salir del hospital usted deberá cancelar el 20.00% en concepto de coaseguro, así como la totalidad de los gastos no cubiertos, los cuales serán notificados al asegurado oportunamente.

IMPORTANTE:

El crédito hospitalario no será otorgado si:

1. La póliza presenta primas en mora
2. Existen saldos no reintegrados por créditos otorgados con anterioridad.
3. Los gastos no gozan de cobertura

MAYOR INFORMACIÓN

✓ Para mayor información sobre el manejo de la red, llamar al teléfono :
2261-8324, 2261-8245, de lunes a viernes, en el horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Nuestro personal le podrá ayudar en:

- Información sobre datos generales de los proveedores que integran la RED MEDICA ACSA.
- Detalles sobre la participación del asegurado en el pago de los servicios médicos y hospitalarios.
- Asesoría sobre el procedimiento de pre-autorización de exámenes especiales y/o cirugías.

Para emergencias, llame a nuestra cabina de asistencia al 2283-3344 o marcando desde cualquier celular *600
Nuestro directorio médico se encuentra disponible en la página web www.acsa.com.sv

IMPORTANTE:

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.

Todos los términos de este manual se pueden modificar y los cambios surtirán efecto 30 días después de ser notificados al asegurado o contratante.

San Salvador, 9 de febrero de 2018

No serán considerados como dependientes elegibles, o dejan de ser elegibles para el seguro:

- a) Aquellos hijos que se conviertan en padres, aunque no se encuentren legalmente casados o acompañados;
- b) Los padres del Asegurado;
- c) Los que residan o permanezcan fuera de El Salvador por más de 30 días consecutivos en cualquier periodo de 12 meses, ya sea por razones de estudio, trabajo, competencias o por atender asuntos familiares de cualquier índole. No obstante, la cobertura se reanudará a partir del día en que el asegurado regresa a El Salvador.

Si alguna persona definida como dependiente es también elegible para participar como empleado bajo ésta Póliza, dicha persona no será elegible como dependiente bajo la presente Póliza. Cuando ambos, esposo y esposa o compañero (a) de vida, viviendo bajo el mismo techo estén cubiertos como empleados, los hijos solo serán elegibles como dependientes del esposo.

FECHA EFECTIVA DEL SEGURO PARA DEPENDIENTES. Cualquier empleado que tenga dependientes será elegible para el Seguro de Dependientes en la fecha que el empleado sea Asegurado bajo la presente Póliza, conforme a los términos siguientes:

Cuando la base del Seguro es CONTRIBUTORIO y de participación voluntaria, es decir, que el empleado participa voluntariamente y contribuye en parte del costo del Seguro, el Seguro para sus dependientes solicitado según formularios proporcionados por la COMPAÑIA, y siempre que cumpla con las contribuciones requeridas estará sujeto a:

- a) Si el empleado inscribe uno o más dependientes en la fecha efectiva de su Seguro como empleado bajo ésta Póliza, el Seguro para sus dependientes será efectivo en esa fecha.
- b) Si el empleado inscribe a uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su Seguro como Empleado bajo ésta Póliza, sus dependientes serán Asegurados en la fecha que lo solicite por escrito en los formularios de la COMPAÑIA, a través del Contratante, y pague la contribución requerida, siempre y cuando lo solicite dentro de los 30 días siguientes a su inscripción como Empleado Asegurado. Pasados los 30 días, para solicitar la inscripción deberá presentar las pruebas de asegurabilidad que la Compañía le solicite para cada dependiente y su inclusión quedará sujeta a evaluación. Los dependientes serán Asegurados en la fecha en que la COMPAÑIA de Seguros comunique la aceptación de los mismos.

Cuando la base del Seguro es NO CONTRIBUTORIO, es decir, que el empleado no participa en el costo del Seguro, la Cobertura para sus dependientes será como sigue:

- a) Si el empleado inscribe uno o más dependientes en la fecha efectiva de su Seguro como empleado bajo ésta Póliza, el Seguro para sus Dependientes será efectivo en esa fecha.
- b) Si el empleado inscribe a uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su Seguro como Empleado bajo ésta Póliza; sus Dependientes serán Asegurados automáticamente en la fecha en que sea solicitado a la COMPAÑIA.

En ambos casos, Contributorio o no Contributorio, si un familiar dependiente sufre de alguna enfermedad o dolencia y no se encuentra desempeñando sus ocupaciones habituales debido a incapacidad en la fecha en que el empleado hubiera quedado Asegurado en lo que respecta a tal familiar, o en la fecha de algún cambio en la categoría o clase del empleado dentro de la póliza, entonces la fecha de vigencia del seguro quedará pospuesta hasta que se restablezca por completo y regrese a sus ocupaciones habituales.

GASTOS ELEGIBLES. Son los gastos reales incurridos por un Asegurado los cuales son razonables y acostumbrados para el cuidado y servicios médicos, hospitalarios, administrados u ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina, y que estén cubiertos en las Condiciones de la Póliza.

GASTOS JUSTOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS. Se entenderán como tales aquellos montos por servicios médicos y hospitalarios derivados por enfermedad o accidente, los cuales se consideren justos hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros proveedores de carácter similar en la localidad en que es suministrado cuando se comparen con tratamientos, servicios y abastecimientos a individuos del mismo sexo, edad e ingresos similares y en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios hospitalarios respectivos, y a las circunstancias de tiempo y costo de utilización, en consideración a la evaluación de la dirección médica de la COMPAÑIA; excluyendo todo gasto que sea excesivo, por los cuales el Asegurado se compromete a absorberlos en su totalidad por cuenta propia, asimismo los no cubiertos.

GASTOS MEDICOS A BASE DE REEMBOLSO. Bajo este plan, el Asegurado paga por todos los servicios que recibe, y mediante un formulario específico de la COMPAÑIA Aseguradora lo completa para obtener el reembolso de los gastos elegibles correspondientes en base a cargos razonables y acostumbrados, con aplicación del deducible y coaseguro detallados en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares.

El Asegurado es el responsable en todo momento ante el Proveedor de los servicios por el importe de los gastos incurridos. La Aseguradora solo está obligada a reembolsar al Asegurado o al Proveedor, en caso de que el primero así lo solicite, únicamente el importe de los Gastos Elegibles para reembolso en base a las Condiciones de ésta Póliza.

PERIODO DE INCAPACIDAD O EVENTO. El período de Incapacidad para casos que requieran o no hospitalización por una enfermedad, o lesión corporal por accidente, se considera de 90 días contados a partir de la fecha en que ocurrió el gasto de la primera consulta u hospitalización.

Todas las enfermedades o lesiones corporales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a la misma causa, serán consideradas como una sola incapacidad, incluyendo complicaciones que resulten de ella.

Una Incapacidad será considerada como una continuación de la Incapacidad anterior y no como una nueva y diferente Incapacidad, siempre y cuando esté comprendida dentro de los 90 días.

Para el caso de reclusión hospitalaria, cuando ésta sea por un período de más de 90 días ininterrumpidos, se considerará como una sola incapacidad.

Se entiende como una nueva Incapacidad:

- Para los casos que se requiera hospitalización, después de los 90 días siguientes a la última salida del Hospital debido a la misma causa.
- Para los casos que no requieren Hospitalización, después de transcurrido un período de 90 días siguientes a la fecha en la cual el primer gasto cubierto fue incurrido.

Toda nueva incapacidad estará sujeta a otro deducible y coaseguro y será necesario presentar un nuevo formulario de reclamación.

Lo anterior, de conformidad a las sumas estipuladas en el Cuadro de Beneficios garantizados de la presente Póliza. La cobertura se mantendrá hasta agotar el Máximo Vitalicio, siempre y cuando el empleado continúe Asegurado.

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. Sin embargo, en un accidente común, en el cual más de un miembro del grupo familiar sufra lesiones, solamente se aplicará un deducible; no obstante, éste seguirá aplicándose para otros gastos médicos no relacionados con dicho accidente en forma individual. El deducible será bajo la modalidad y cantidad indicada en el cuadro de beneficios de las condiciones particulares de la presente 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.

PORCENTAJE DE REEMBOLSO. Es la cantidad que la COMPAÑIA reembolsará al empleado Asegurado y a cada dependiente elegible, después de haberse aplicado el deducible y el coaseguro.

GASTOS MEDICOS MAYORES COMPRENSIVOS. Es la cobertura amplia para reembolsar los gastos elegibles de cualquier tratamiento cubierto, sin más límites que los convenidos para ello; se aplica un coaseguro sin límite o con él, según se convenga, pero siempre tiene un deducible y un porcentaje de reembolso.

MAXIMO VITALICIO. Es la cantidad del beneficio máximo a pagarse durante la vida del empleado Asegurado y cada uno de sus familiares dependientes inscritos en la Póliza, con motivo de una o más incapacidades por enfermedad o accidente que sufra, según el Cuadro de Beneficio máximo indicado en las condiciones especiales. Cuando por las cantidades pagadas, se ha agotado la suma asegurada del empleado y con respecto a cualquier dependiente asegurado, el Seguro de dicha persona bajo este beneficio terminará. Sin embargo, si después de la recuperación de una enfermedad o accidente por el cual se ha pagado una indemnización, el Asegurado suministra a la Aseguradora evidencia satisfactoria de perfecta salud, su beneficio máximo puede ser rehabilitado para nuevos eventos a partir del día primero del mes calendario siguiente a la fecha que la COMPAÑIA de seguros determine que la evidencia es satisfactoria y lo notifique por escrito al contratante. La reinstalación del máximo vitalicio servirá para cubrir enfermedades o accidentes diferentes a los que ocasionaron tal agotamiento. Asimismo, los gastos que se cubrirá tampoco deberán ser consecuencia o resultado de la enfermedad o accidente que ocasionó tal agotamiento. La reinstalación generará un cobro de prima adicional equivalente a la prima anual del certificado de seguro que aplique.

CO-PAGO. Es un importe fijo de dinero que el Asegurado deberá pagar directamente al hospital que provee el servicio, al momento de recibir la atención médica por hospitalización o tratamiento de emergencia.

HOSPITAL. Es una institución organizada de acuerdo con la ley que cuenta con instalaciones adecuadas para prestar servicios médicos, diagnósticos y quirúrgicos para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas y que provee dichas facilidades bajo la supervisión de un cuerpo de médicos, con 24 horas de servicio y atendido por enfermeras graduadas. En ningún caso se considera hospital las instituciones de casa de reposo,

hogares para convalecientes y enfermos crónicos, una enfermería, asilo de ancianos o lugares que se dedican al cuidado y tratamiento de adictos a drogas y alcohol.

MEDICO. Con este término se designará a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente, que esté legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

PACIENTE HOSPITALIZADO. Se denomina a una persona que esté recluida en un hospital como paciente residente y que se le cobre por lo menos un día de cuarto de hospital.

BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACION. Es el valor por cada día de hospitalización incluyendo derecho a habitación y alimento, en que incurra un empleado o dependiente elegible que haya ingresado a un centro hospitalario y registrado como paciente; siempre y cuando el Asegurado se vea obligado por prescripción médica a ingresar en un hospital.

OPERACION QUIRURGICA. Significará:

- a) Operación con incisión;
- b) La sutura de una herida;
- c) El tratamiento de una fractura;
- d) La reducción de una luxación;
- e) Radioterapia, excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor;
- f) Electrocauterización;
- g) El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

VISITAS MÉDICAS. Comprende el honorario que la COMPAÑIA reembolsará al médico que le visite en el hospital para tratamiento no quirúrgico, a razón de una visita por día; en algunos casos la COMPAÑIA evaluará si son necesarias más visitas del médico a un paciente por la gravedad del caso. Además, se cubrirá visitas al consultorio del médico siempre que sea relacionada con enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.

EMERGENCIA. Es toda atención médica por enfermedad o accidente que se incurre dentro de las primeras horas de ocurrido el evento que lo originó y que no puede ser tratado como consulta externa.

ENFERMEDAD. Se considera enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico. La enfermedad cubierta por la presente Póliza es toda aquella que contraiga el empleado Asegurado o sus dependientes elegibles, y que sus primeras manifestaciones y primer gasto médico que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurra mientras se encuentre vigente la cobertura respecto al empleado Asegurado o dependiente y que la misma esté cubierta en la Póliza.

ACCIDENTE. Toda lesión corporal, comprobable a ciencia cierta por un médico, proveniente de un acontecimiento de causa externa, repentina, inesperada, que produce lesión visible corporal en la parte exterior de su cuerpo o pérdida de uno de sus miembros, órganos o funciones, al empleado Asegurado o sus dependientes elegibles.

La cobertura por accidente estará cubierta siempre y cuando dicho acontecimiento sea producido independientemente de la voluntad del Asegurado y que se produzca y se encuentre vigente en la cobertura de ésta Póliza, respecto al Asegurado o dependiente elegible.

CONDICION PREEXISTENTE. Enfermedad (congénita o no), lesión corporal y/o síntoma presente (s) que existía (n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado o dependiente en esta póliza, bien sea la fecha efectiva original, la de rehabilitación, o la del aumento de beneficios por cambio de categoría, y por la(los) (las) cual(es) el asegurado o dependiente:

- a) Tuvo advertencia médica o consultó a un médico, recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó medicinas recetadas, o
- b) Padeció síntomas que no pueden pasar desapercibidos por el asegurado o terceras personas.

CENTROAMERICA. Para fines de esta póliza, Centroamérica comprende los siguientes países: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.

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. Servicios de hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por el asegurado de acuerdo al valor reflejado en el Cuadro de Beneficios.

2. Honorarios de médicos, cirujanos, anesthesiólogos, y de asistente de cirujano en aquellos casos que se justifique, siempre que estén autorizados para el ejercicio de la profesión médica, por servicios prestados al Asegurado mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica, según sea el caso.

Los gastos por servicios médico-quirúrgicos cubiertos por ésta póliza estarán sujetos a reembolso hasta por los montos considerados por la COMPAÑIA como Justos, Razonables y Acostumbrados, y sin exceder de los límites de la Póliza, y según lo siguiente:

- a. Cuando se efectúe una sola intervención, se pagará según el arancel que corresponda.
 - b. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, se pagará únicamente el arancel de aquella intervención que resuelve el diagnóstico principal.
 - 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 efectuada que resuelve el diagnóstico principal, más el 50% del arancel correspondiente a la segunda intervención según grado de complejidad, y el 25% para las demás.
 - d. En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen, por enfermedad o accidente amparado por ésta Póliza, den lugar a procedimientos específicos, para la aplicación de los incisos a), b) y c) anteriores, la COMPAÑIA evaluará el pago máximo por dicho procedimiento independientemente de que se efectúen una o más intervenciones, considerando siempre lo justo, razonable y acostumbrado.
 - e. 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.
 - f. Por honorarios del anesthesiólogo la COMPAÑIA pagará hasta un 35% de los valores cubiertos para el cirujano principal.
 - g. Para los casos de internamiento hospitalario no quirúrgico, se reembolsará los honorarios médicos por visita al hospital a razón de una visita diaria como máximo. Quedará a criterio de la COMPAÑIA la evaluación de más visitas por día, según se requiera por la gravedad del caso y previo informe aclaratorio del médico tratante.
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 para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.
 5. Medicamentos que sean prescritos por un médico, siempre y cuando el Asegurado los adquiera en una farmacia autorizada y cuando se acompañe la factura legalmente emitida con la receta correspondiente.
En ningún caso se cubrirán las compras que se efectúen en el consultorio médico u otro establecimiento. Asimismo, no se cubren anticonceptivos, vendajes o materiales aun cuando sean ordenados por el médico.
 6. Tratamientos suministrados por radiólogos, 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.
En ningún caso se pagarán exámenes o pruebas que no sean necesarios para el diagnóstico de la enfermedad o de lesión corporal por accidente, así como cualquier examen dental de rayos X que no sea realizado como consecuencia de lesión corporal accidental.
 7. Servicio de **ambulancia terrestre** debidamente autorizada, dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, para transportar al Asegurado 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 especiales. Si el asegurado goza de cobertura mundial, dispondrá además del servicio de **ambulancia aérea**, pero para tener derecho a esta cobertura debe ser demostrado que la persona cubierta no puede recibir la atención médica adecuada a su condición en su país de residencia y que la única alternativa es la evacuación aérea de emergencia; el límite será el establecido en las condiciones especiales de la póliza.
Se excluye el servicio de ambulancia en casos de maternidad.
 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 resida en casa del Asegurado y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de imposibilidad del Asegurado de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días. Pasados los tres días, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera; deberá presentarse a la COMPAÑIA la prescripción médica para la revisión y aprobación de la COMPAÑIA.

En ningún caso la COMPAÑIA cubrirá gastos derivados por este servicio cuando el 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. Suministro de lo indicado a continuación, proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado: a) Transfusiones de sangre, plasma, sueros;
 - a) Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones;
 - b) Aparatos de yeso, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos;
 - c) Alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial de hospital para enfermo;
 - d) Alquiler de órganos mecánicos como pulmón artificial, necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria.
10. 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. El número de terapias cubiertas serán las razonables y justificadas, quedando sujeto a evaluación de la COMPAÑIA, y cuando la COMPAÑIA lo considere necesario, se someterá a una segunda opinión médica.
11. Vacunas preventivas hasta los 10 años de edad, según el Esquema Nacional de Vacunación, y los honorarios del pediatra por la consulta de control de niño sano, hasta un máximo de 6 consultas por vigencia. No se reembolsará el pago de vacunas a menos que el médico indique en la factura las vacunas a la cual corresponde el cobro, indicando el precio de cada una. Se excluye la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. El costo de cada vacuna se reembolsará según los aranceles máximos establecidos por la Compañía para estos servicios.
12. Gastos por aparatos ortopédicos, prótesis, miembros y ojos artificiales como consecuencia de Accidente y/o enfermedad cubiertos y ocurridos 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
13. Servicios médicos para cirugía y otra atención médica por tratamiento dental, únicamente por causa de accidente y que ocasione 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, siempre y cuando:
 - a) El Asegurado haya estado cubierto por ésta Póliza en la fecha del accidente;
 - b) El tratamiento del reemplazo de los dientes naturales se realiza dentro de la vigencia de la Póliza; y
 - c) El tratamiento se realice 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.
14. 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.
15. Cirugía plástica reconstructiva (no estética ni cosmética), se cubrirá cuando la intervención se realice para corregir los efectos de lesiones o deformaciones producidas por un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la póliza, mientras el empleado o dependiente tenga cobertura y que se realice a más tardar dentro de los seis meses después de ocurrido el accidente o la enfermedad.

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.
16. Hemodiálisis o diálisis peritoneal.
17. Histerectomías y prostatectomías, sin límite de edad
18. Tratamientos de alergias en general, incluyendo las pruebas cutáneas y vacunas.
19. Litotricia por ultrasonido.
20. Cobertura para cataratas y pterigion, sin límite de edad.
21. Tratamiento médico para trastornos nerviosos funcionales a cargo de psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado.
22. Zapatos ortopédicos, un par por vigencia, siempre y cuando se justifique que los mismos sean necesariamente requeridos y que el gasto se acompañe con la prescripción médica del ortopedista. Aplica solo para dependientes de hasta 14 años de edad.
23. Extracción quirúrgica de las terceras molares impactadas, semi-impactadas o erupcionadas, incluyendo exámenes, rayos-X y medicamentos.
24. Tratamiento de SIDA, hasta un 25% del máximo vitalicio.
25. Trasplante de órganos, incluyendo trasplante de médula ósea, hasta un 25% del máximo vitalicio y sujeto a las siguientes condiciones:
 - a. Los gastos deben ser médicamente necesarios;
 - b. El procedimiento no puede ser experimental o para investigación;
 - c. Se cubren los gastos médico-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante;

- d. Los gastos de compra del órgano no están cubiertos.
- e. Los gastos no pueden exceder el máximo establecido para trasplante de órganos que se indica en la póliza.
- 26. Los tratamientos para la epilepsia serán cubiertos hasta un 25% del máximo vitalicio;
- 27. Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con la columna vertebral por padecimientos originados por un accidente o enfermedad; excepto lo excluido en los Gastos no cubiertos;

- 28. Gastos resultantes de tratamientos de enfermedades epidémicas;
- 29. Gastos médicos por tratamientos de lesiones o enfermedades resultantes de la práctica de cualquier deporte a nivel aficionado. Se excluyen todos aquellos deportes clasificados como extremos o peligrosos, así como aquellos practicados en competencias o a nivel profesional.
- 30. Gastos por esclerosis de venas varicosas sintomáticas;
- 31. Gastos por esterilización, solo en caso de indicación médica por algún padecimiento.
- 32. Vitaminas que estén directamente relacionadas con el tratamiento de un padecimiento o evento cubierto;
- 33. Circuncisiones, solo por indicación médica por algún padecimiento;
- 34. Hernias de cualquier tipo;
- 35. Enfermedades o lesiones ocasionados por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico;
- 36. Tratamiento de acné de 4 grados o más. Se excluye tratamientos de secuelas tales como, pero no limitados a, peelings químicos, dermoabrasiones y otros procedimientos estéticos.

GASTOS NO CUBIERTOS

Aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, esta Póliza en ninguna forma cubre los costos de los siguientes servicios:

- 1. Gastos resultantes por suicidio, intento de suicidio, o por lesiones o alteraciones de la salud originados por actos autodestructivos;
- 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; estudios genéticos 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.
- 4. Tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomiulosis 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, medicina natural, medicina homeopática, medicina holística y terapia celular; o que se encuentren en experimentación, así como gastos que surjan de tratamiento o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
- 6. Cualquier gasto relacionado a Condiciones preexistentes. No obstante lo anterior, se establece que las condiciones preexistentes se tratarán de la siguiente manera:
 - a) Las declaradas y aceptadas por la Compañía se cubrirán después de transcurridos 180 días de estar inscrito el asegurado;
 - b) Las no declaradas no se cubren en ningún tiempo.
- 7. Enfermedades y tratamientos dentales, alveolares, gingivales, máxilo faciales, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubiertos por la Póliza;
- 8. Todo aparato en sustitución o en apoyo a piezas dentales, 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 o cosmética, a excepción de la cirugía plástica reconstructiva como se describe en los Gastos cubiertos.
- 10. Los gastos a consecuencia de:
 - a) Atención médica u hospitalaria por atención prenatal, embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, todo lo relacionado con maternidad o embarazo.
 - b) Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital, excepto en los siguientes casos:
 - 1. Enfermedad contraída después del nacimiento; o
 - 2. Condiciones congénitas anormales; o
 - 3. Por tratamiento de nacimiento prematuro, siempre y cuando el dependiente haya sido inscrito en la póliza dentro de los 30 días siguientes al nacimiento y los padres estén cubiertos por ésta Póliza.

11. Los tratamientos a consecuencia de alcoholismo, tabaquismo, adicción a drogas y toxicomanía; asimismo, no se cubren gastos por atención médica u hospitalaria por lesiones que sufra el asegurado o sus dependientes cuando estén bajo el efecto de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes o narcóticos.
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;

14. En ningún caso se pagarán gastos por:
 - a) Tratamiento de cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción 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 exceso de las cantidades razonables y de costumbre para el servicio en particular o suministro;
 - f) Gastos por persona acompañante de un Asegurado hospitalizado;
15. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además, dispositivos intrauterinos o diafragmas, medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública, minerales, reconstituyentes y leches, alimentos especiales para prevenir alergias.
16. Cualquier tratamiento derivado de los síntomas menopáusicos y andropáusicos, así como de climaterio y pubertad precoz.
17. 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. Máximo 50 consultas por año-póliza y hasta US\$40.00 por consulta.
18. Tratamientos relacionados con el crecimiento, independientemente de la razón por los cuales hayan sido prescritos.
19. Tratamientos podiátricos relacionados con deformidades congénitas, callos, pie plano, pie varo y similares, arcos débiles, pies débiles; plantillas y soportes; cuidados de los pies y manos.
20. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis;
21. Honorarios médicos por visitas a domicilio.
22. Gastos por atención de emergencia hospitalaria que puede ser tratada como consulta externa.
23. Gastos por enfermedades o condiciones congénitas;
24. Los gastos incurridos fuera de El Salvador después de permanecer fuera del país por más de 30 días, ya sea por razones de estudio, trabajo, competencias o por atender asuntos familiares de cualquier índole.
25. Gastos incurridos para el tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias;
26. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como suplementos alimenticios, productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores, aun cuando estos sean recetados por un médico.
27. 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;

RIESGOS NO CUBIERTOS

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

1. Insurrección, invasión del territorio, 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;
4. Servicio militar, cometer o intentar cometer un delito, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal;
5. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo;
6. Práctica de deportes peligrosos tales como pero no limitado a: paracaidismo, deportes marítimos o fluviales como buceo, esquí; vuelos en planeadores, vuelos delta o similares; artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romana u otras similares, cacería, tiro, tauromaquia, montadura, alpinismo, esquí sobre hielo, surf, espeleología y cualquier deporte clasificado como extremo.

OPERACIONES ELECTIVAS

En el caso que un Asegurado o dependiente necesite 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. El costo de una segunda opinión médica lo absorberá en su totalidad la COMPAÑIA.

Por otra parte, deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la COMPAÑIA el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los honorarios del cirujano, asistente, anestesiólogo, días de internamiento hospitalario, entre otros, para conocer si los mismos están dentro de lo justo, razonable y acostumbrado 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.

Cirugías/procedimientos electivos deben someterse a aprobación previa de la Compañía. Si no se cumple este requisito, dichos gastos podrán no ser cubiertos si no se justifican.

Exámenes especializados de diagnóstico: los exámenes especiales de diagnóstico tales como pero no limitados a arteriografía, centellograma, cisternografía, prueba de esfuerzo, ultrasonografía, Holter, TAC, electroencefalograma, coronariografía, cateterismo, endoscopia, resonancia magnética, ecocardiograma y pruebas cutáneas, deben someterse a aprobación previa de la Compañía. Si no se cumple este requisito dichos gastos podrían no ser cubiertos si no se justifican.

TRATAMIENTOS EN EL EXTRANJERO

Para tratamientos en el extranjero, si aplica, es requisito indispensable preautorizar con la Compañía el procedimiento o tratamiento médico a realizar, con al menos siete (7) días de anticipación a la fecha de inicio del tratamiento, para lo cual se deberá presentar como mínimo la siguiente información:

- Solicitud de servicios para procedimientos en Estados Unidos, debidamente completada
- Informe del médico tratante en El Salvador e historial clínico de su padecimiento
- Copia de los resultados de exámenes practicados u otra documentación que respalde el procedimiento requerido.
- Solicitud de hospitalización en Estados Unidos, completada por el asegurado y el médico tratante de El Salvador.

La autorización que se otorga es válida únicamente para la fecha y procedimiento solicitado. Cualquier cambio o tratamiento adicional debe ser notificado y sometido nuevamente a autorización. En todo caso, se estará sujeto a lo dispuesto en el Instructivo que aplica para estos casos.

CONDICIONES RELACIONADAS A LOS ASEGURADOS

EDAD. Para formar parte del grupo Asegurado se requiere que en el momento de la inscripción, la edad del solicitante o de su cónyuge no sea mayor de 65 años, reduciéndose el máximo vitalicio a un 50% al cumplir los 65 años de edad y terminando la cobertura a los 70 años. Si por error o dolo se inscribió en el grupo Asegurado a individuos mayores de 65 años, La COMPAÑIA podrá pedir la nulidad de la respectiva inscripción, quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal Seguro.

REPORTE DE MOVIMIENTOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE ASEGURADOS. El Contratante deberá reportar por escrito junto con el formulario proporcionado por la COMPAÑIA, los movimientos de inclusión y exclusión de miembros del grupo Asegurado y de sus dependientes, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurran para el caso de inclusión, y al siguiente día para las exclusiones.

INCLUSIONES. Si el reporte se efectúa dentro del período de tiempo mencionado en el párrafo anterior, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el Seguro en los términos pactados, o a partir de la fecha que indique el Contratante. En caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación de parte de la COMPAÑIA, quien también indicará la fecha efectiva de la cobertura, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para el caso de matrimonios o nacimiento de un hijo, si la Póliza ampara dependientes, se considerará como fecha de elegibilidad la del matrimonio por lo civil o la 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 inclusión de un empleado asegurado o de un dependiente durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑIA cobrará la prima correspondiente calculada a base de días exactos contados desde la fecha de inclusión hasta el próximo aniversario de la Póliza o próxima fecha de vencimiento de la prima. Por la inclusión de dependientes se cobrará prima adicional solamente si el empleado estaba inscrito en la categoría de Empleado Solo.

La COMPAÑIA inscribirá a las personas en un Registro de Asegurados, conforme a las solicitudes de inscripción que formarán parte del registro antes mencionado.

EXCLUSIONES. Causarán baja de ésta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo asegurado, así como sus dependientes; los beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación del mismo. El

Contratante deberá informarlo por escrito a la COMPAÑIA, según el tiempo estipulado para tales efectos. La fecha efectiva de las exclusiones no podrá tener más de 15 días de retroactividad respecto a la fecha en que se recibe la notificación formal en la Compañía o en las oficinas del Intermediario de seguros.

En caso de baja de un empleado Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la COMPAÑIA devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado. La COMPAÑIA procederá a cancelar las inscripciones que correspondan, haciéndolo constar en el registro de cancelaciones que formará parte del Registro de Asegurados.

No se admiten inscripciones o cancelaciones de asegurados (o dependientes) correspondientes a vigencias ya terminadas.

Cualquier indemnización realizada indebidamente por la COMPAÑIA a causa de la omisión, atraso o negligencia en el aviso de las exclusiones por parte del Contratante dentro del período estipulado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la COMPAÑIA.

SUSPENSION DEL SEGURO PARA EMPLEADOS. La COMPAÑIA puede suspender el Seguro de cualquier Asegurado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Desde la fecha en que deje de ser miembro de la categoría en ésta Póliza que le dan derecho a seguir.
- Desde la fecha en que deje de ser miembro de la categoría elegible para Seguro conforme esta Póliza.
- Desde la fecha en que se termine su contrato de trabajo.
- Desde la fecha en que cesen los pagos de primas correspondientes al Seguro del empleado.
- Desde la fecha de terminación de esta Póliza, o se emita anexo a la misma terminando los beneficios o el Seguro del empleado.
- Por vencimiento o caducidad de la Póliza de Seguro de vida.

SUSPENSION DEL SEGURO PARA DEPENDIENTES. El Seguro de un dependiente se suspenderá automáticamente por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Desde la fecha en que cesen los pagos de primas correspondientes al Seguro del empleado.
- Desde la fecha en que el dependiente deje de tener una relación de parentesco elegible para el seguro con el empleado Asegurado.
- Desde la fecha en que termine el Seguro del empleado en la Póliza.
- Si el dependiente deja de ser elegible como dependiente.
- Desde la fecha en que LA COMPAÑIA emita un anexo eliminando la Cobertura a los familiares dependientes a petición del Contratante.

CONDICIONES APLICABLES EN CASO DE SINIESTRO

RECLAMACIONES. El Asegurado que pretenda un reembolso de gastos médico-hospitalarios a consecuencia de enfermedad o accidentes en que incurra, deberá presentar su reclamación en los formularios que para tal efecto proporciona la COMPAÑIA, en los que deberá consignar toda la información que en los mismos se requiere y los suscribirá con su firma bajo protesta de decir la verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la COMPAÑIA relativas a la realización del siniestro y a los gastos efectuados. Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos relativos a su emisión y legalidad. Todos los documentos quedarán en poder de la COMPAÑIA una vez pagada la indemnización correspondiente.

La COMPAÑIA tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación, consultar las historias clínicas y diagnósticos, estudios, radiografías, análisis, electrocardiogramas y demás información que considere necesario revisar o analizar en relación con el reembolso probatorio aportado por el reclamante, para determinar la procedencia de la reclamación y a obtenerlas de otras fuentes. Asimismo, la Compañía tendrá derecho a practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y solicitar informes de los proveedores que hayan prestado los servicios médico-hospitalarios.

El ocultamiento de elementos probatorios, la omisión de informes y datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la COMPAÑIA practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la COMPAÑIA de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de ésta Póliza y de la realización del reclamo, sea el Contratante, el Asegurado o cualquiera de los dependientes de éste quienes incurran en las conductas antes descritas.

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD. Cualquier lesión o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la COMPAÑIA, tan pronto como le sea posible, después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que da lugar al pago de algún beneficio.

El Contratante completará a la COMPAÑIA todos los datos relativos al empleado, como fecha de ingreso y demás información que se le solicite en el formulario de reclamación que el Asegurado debe presentar a la COMPAÑIA para el reembolso de gastos. Deberá firmarlo y sellar en señal para su validez.

PAGO DE RECLAMACIONES. La COMPAÑIA pagará al Asegurado la reclamación que corresponda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba u obtenga todas las pruebas que acrediten la procedencia de la reclamación.

RESTITUCION DE PAGOS EFECTUADOS. El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a la COMPAÑIA cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los avisos, reporte o informes que deban darse conforme a los términos de ésta Póliza.

PERDIDA DE DERECHOS DE REEMBOLSOS. La persona asegurada se obliga a reembolsar a la COMPAÑIA las sumas que ésta hubiese pagado en relación con un reclamo, que posteriormente se descubra no haber estado cubierto, de conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Asimismo, si alguna reclamación bajo ésta Póliza resultara en alguna forma fraudulenta o si medios o mecanismos fraudulentos son usados por el Asegurado o alguien actuando a su favor bajo ésta Póliza; todos los beneficios serán nulos.

PERIODO DE PRESENTACION DE LOS RECLAMOS. Todo gasto elegible para su reembolso tendrá un plazo máximo para presentarlo para su reembolso de 12 meses, contados a partir de la fecha en que se incurrió. Si el asegurado o el beneficiario no cumplen con la obligación de avisar del siniestro en los términos anteriores, la Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

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

CONDICIONES RELACIONADAS A LA FORMA DEL CONTRATO

CONSTITUCION DEL CONTRATO. El contrato de seguro queda constituido por la solicitud del Contratante, que es la base de este contrato, por la presente Póliza y por los anexos que formen parte de la misma, si los hubiere, y además por las solicitudes del Contratante para la inscripción de los Asegurados y por las declaraciones de éstos.

VIGENCIA. Este contrato estará vigente por un año, durante el período de Seguro pactado que aparece en las Condiciones particulares de la Póliza. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad en la fecha de la misma estén fuera de los límites establecidos en la Póliza

CARNET DE SEGURO. La COMPAÑIA emitirá un carnet de Seguro por cada afiliado que sea inscrito, en el cual se harán constar los dependientes inscritos, para identificación del Asegurado al solicitar los servicios de prestación médica, los cuales no forman parte integrante de la Póliza.

Los carnés serán entregados a los afiliados por intermedio del Contratante. Los Asegurados podrán solicitar a la COMPAÑIA por intermedio del Contratante la anotación en sus respectivos carnés de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos.

En el caso que el empleado Asegurado deje de formar parte integrante del grupo Asegurado, cualesquiera sean los motivos, queda bajo responsabilidad del Contratante el retirarle en el mismo momento el carnet. La COMPAÑIA queda liberada de todo compromiso de pago, si no se cumple ésta condición.

MODIFICACION DEL CONTRATO. Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la COMPAÑIA, entendiéndose que esta las resolverá en virtud de comunicación por escrito al Contratante.

CAMBIO DE CONTRATANTE. Si el Contratante fuere sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta, lo hará constar en Anexo que forme parte de la Póliza. En caso contrario, la Compañía tendrá acción para dar por terminado el Contrato y devolverá la prima no devengada.

CADUCIDAD DEL CONTRATO. El Contratante podrá dar por terminado este Contrato mediante aviso por escrito a la Compañía, indicando la fecha en que la presente Póliza deba cancelarse.

La Compañía, al aceptar la cancelación, reembolsará al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza.

Si la cancelación fuere debido a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Compañía, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

RENOVACION. El contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos, siempre que el Contratante pague las primas correspondientes.

La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del grupo y como mínimo por veinte (20) asegurados titulares.

PRIMA

a) Cálculo de la Prima.

En la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza y en cada aniversario de la misma, se establecerá la prima anual correspondiente al grupo Asegurado, de acuerdo con las tarifas de la COMPAÑIA vigentes a la fecha de emisión o aniversario, tomando en consideración la experiencia siniestral, coberturas otorgadas, edad alcanzada por el grupo, sumas aseguradas y precios de mercado de los bienes y servicios médico-hospitalarios vigentes.

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

b) Período de Gracia. El Asegurado tendrá un mes de gracia para el pago de la prima, contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriere el siniestro, la prima vencida se deducirá de la indemnización.

c) Rehabilitación y Caducidad. Vencido el mes de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso; pero el Asegurado dispondrá de tres meses para rehabilitarlo, pagando las primas vencidas.

d) Al finalizar este último plazo, caducará automáticamente el contrato si no fuere rehabilitado

LUGAR DE PAGO. Todo pago que el Contratante o la Compañía tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la oficina principal de la Compañía en la ciudad de San Salvador.

MONEDA. Toda prima o indemnización resultante de la aplicación de ésta Póliza será pagada en Dólares de los Estados Unidos de América. Para el caso en que deba reembolsarse algún gasto cubierto efectuado fuera del territorio nacional y en moneda extranjera, la Compañía lo reembolsará en Dólares de los Estados Unidos de América, al tipo de cambio que rigiera a la fecha en que se efectúe el reembolso de que se trate.

CESION. Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

DOLO O FRAUDE. El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante o la omisión dolosa o culpable en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para pedir la anulación del Contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable.

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del Seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa y, en todo caso, a las primas convenidas para el primer año.

COMUNICACIONES. Toda declaración o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza deberá hacerse por escrito a la oficina principal de la misma. Ningún cambio o modificación al Contrato será válido, a menos que haya sido aprobado por las partes y por escrito. En consecuencia, ningún agente u otra persona no autorizada por la Aseguradora podrán cambiar o modificar las condiciones y beneficios del Contrato. Las comunicaciones que la COMPAÑIA deba hacer al Contratante o al Asegurado las enviará a la última dirección conocida por ella.

REPOSICION. En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza será repuesta por la COMPAÑIA, previa solicitud escrita del Contratante, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fueren aplicables. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

PRESCRIPCION. 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 a lo que dispone el Código de Comercio.

PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.

De conformidad a lo establecido en el Art. 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros, en caso de discrepancia del asegurado o beneficiario con la sociedad de seguros en el pago de un siniestro, el interesado acudirá ante la

Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la sociedad de seguros a una audiencia conciliatoria.

El reclamante presentará un escrito, acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviará una copia a la sociedad de seguros en el término de cinco días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco días contados a partir del día que la reciba, rinda información detallando cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación.

Al recibir el informe la Superintendencia, si lo estimare procedente, ordenará a la sociedad de seguros que dentro del término de ocho días hábiles, constituya una reserva específica para el cumplimiento de la obligación objeto del reclamo. La Superintendencia citará a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizará dentro de quince días hábiles, a partir de la fecha en que reciba el informe de la sociedad de seguros respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se puede celebrar, se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

A la audiencia conciliatoria, el reclamante y la sociedad de seguros, podrán comparecer personalmente, por medio de su representante legal o por apoderado especial designado al efecto. En la audiencia se exhortará a las partes a que concilien sus intereses; si esto no fuere posible, la Superintendencia las invitará a que de común acuerdo designen árbitros arbitradores o amigables componedores. El compromiso se hará constar en acta que al efecto se levantará en la audiencia conciliatoria y su cumplimiento será verificado por la Superintendencia. En todo caso las partes podrán alegar en la audiencia la imposibilidad de conciliar. Si la sociedad de seguros no comparece a la segunda cita, la Superintendencia podrá aplicarle una multa de US\$114.29 a US\$571.43. En caso de que el reclamante no comparezca a ninguna de las citas de la audiencia conciliatoria, se entenderá que no desea la conciliación.