
PÓLIZA No.:
ASEGURADO:
VIGENCIA: **DESDE:** **HASTA:**
DIRECCIÓN:

Plan:
Titular:
Dependientes:

Máximo Vitalicio:	.					
Prima	.					
Gastos						
Prima Total:	.					

COBERTURA BÁSICA

1. Honorarios de Médicos y Cirujanos
2. Honorarios por Consultas Médicas: visitas o consultas con un máximo de una (1) por día a excepción de los honorarios por consultas médicas post-operatorias, las cuales quedarán comprendidas en los honorarios de médicos y cirujanos a que se refiere el inciso anterior.
3. Los Gastos de Hospital o Clínica, representados por el costo de la habitación y alimentación. Así como medicinas y drogas consumidas en el mismo por el Asegurado.
4. Gastos de Sala de Operaciones y/o Recuperaciones y de Curaciones.
5. Gastos de Anestesia y Honorarios de Anestesista.
6. Honorarios de Enfermeras Tituladas.
7. Medicamentos adquiridos fuera del hospital o clínica. Siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se acompañe del recibo de la farmacia con la receta y siempre que sean a consecuencia de internamiento en un hospital o clínica.
8. Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos x, isótopos radioactivos, de electrocardiografía encefalografía, o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento de accidente o de enfermedad ordenados por un médico.
9. Gastos de transfusiones de sangre aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes por orden de facultativo.
10. Gastos originados por consumo de oxígeno.
11. Gastos originados por la compra o la renta de muletas, silla de rueda, camas especiales, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes.

12. Gastos originados por tratamientos con radio o de terapia radioactiva y terapia física.
13. Los gastos que resultan de aparatos de prótesis dental necesaria a consecuencia de accidente, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos que se requieran a causa de accidente o enfermedad serán cubiertos por la Compañía hasta un límite del 5% de la suma máxima de protección que corresponda a cada grupo familiar.
14. Los gastos de transporte de ambulancia hasta el límite de L.
15. Gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de hijos del Asegurado, nacidos durante la vigencia de esta Póliza que estén cubiertos por ella.
16. Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo o parto:
 - a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino.
 - b) Los estados de fiebre puerperal.
 - c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica

COBERTURAS ADICIONALES:

DEDUCIBLES:

REEMBOLSOS:

Después de aplicado el deducible se reembolsará el % de los gastos elegibles.

Plazo para Reembolso:

Plazo para presentar reclamos:

HOSPITALIZACION

Bajo nuestro sistema Prestación de Servicios en Centros Autorizados (PSCA), se pagará directamente al hospital el % de los gastos elegibles, y el asegurado asume el % como coaseguro más los gastos no elegibles, el gasto de hospitalización fuera del sistema (PSCA), opera a base de reembolso.

SERVICIOS DISPONIBLES:

RED DE HOSPITALES

RED DE FARMACIA

AUXILIO CONTINENTAL

En testimonio de lo cual Seguros Continental, S.A. firma el presente en la ciudad de

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA