

## SEGURO MEDICO HOSPITALARIO COLECTIVO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

**Póliza No.**  
**Vigencia:**  
**Contratante**  
**Certificado:**  
**Titular:**  
**Dependientes:**  
**Máximo Vitalicio:**

### **COBERTURA**

Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o de una enfermedad el Asegurado titular y asegurados dependientes, incurrieren en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, la Compañía reembolsará el costo de los mismos siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no excedan de los gastos usuales, razonables y acostumbrados, hasta la cantidad máxima asegurada en esta cobertura, ajustándola previamente a las limitaciones consignadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en sus endosos. Según el plan que emita la entidad podrá limitar la cobertura que otorgará.

Asegurados Dependientes estarán cubiertos mediante el pago de prima adicional correspondiente.

Se entenderá por tales el cónyuge del titular asegurado y los hijos desde su nacimiento y menores de veinte tres (23) años, solteros, que dependan totalmente del Asegurado para su sostenimiento, que no perciban ningún ingreso económico ya sea por rentas o por trabajo si son estudiantes que lo sean a tiempo completo en un centro de enseñanza oficialmente reconocido debiendo presentar las constancias y declaraciones correspondientes.

Los hijos de la pareja matrimonial asegurada nacidos durante la vigencia de esta póliza quedarán cubiertos por ella a partir de la fecha de nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a la Compañía, acompañado por el acta de nacimiento. De no haber hecho así, la inclusión de los niños estará condicionada a la aceptación de la Compañía.

### **Elegibilidad**

Personas que al momento de solicitar la cobertura se encuentren incapacitados o padeciendo de una enfermedad grave, serán elegibles una vez que recuperen su salud y se reincorporen de manera activa al desarrollo habitual de sus funciones laborales, previo análisis y aceptación por la Compañía.

### **COBERTURA BASICA**

**1. Honorarios de Médicos y Cirujanos:** Los honorarios quirúrgicos quedarán sujetos a los porcentajes que aparezcan anotados en la Tabla de honorarios médicos



**REDHSA. aplicados a la cantidad anotada en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

**La cantidad liquidada por este concepto incluye todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, los ayudantes médicos o instrumentistas y las enfermeras.**

**Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentran en la Tabla de Honorarios REDHSA se valuarán por similitud a las comprendidas en dicha Tabla de Honorarios.**

**Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor o una de ellas cuando los porcentajes estipulados en la Tabla de Honorarios quirúrgicos sean iguales.**

**Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados en la Tabla de Honorarios. En caso de un politraumatismo se seguirá el tratamiento anterior, pero si requiere intervención de otro especialista los honorarios de éste serán cubiertos en un 100% de lo marcado en la Tabla de Honorarios**

**Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica por la misma afección se le dará tratamiento normal como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.**

- 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 Anestesta.**
- 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 substancias 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.**



**Seguros  
Continental**  
De la mano contigo

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 de la suma máxima de protección que corresponda a cada grupo familiar que estará estipulada en las Condiciones Particulares
14. Los gastos de transporte de ambulancia hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.
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:

REEMBOLSOS:

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

PLAZO PARA REEMBOLSO:

PLAZO PARA PRESENTACION DE 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.

En testimonio de lo cual Seguros Continental, S.A. firma el presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los días

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA