

PÓLIZA SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza No: _____

Para formar parte y adherirse a las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro Colectivo Médico Hospitalario-suscrita a favor de _____ con domicilio en _____, Vigencia desde el _____ hasta el _____

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales, Equidad Compañía de Seguros, S.A. conviene en amparar los riesgos y límites establecidos en el siguiente Cuadro de Beneficios:

COBERTURAS:

La Compañía reconocerá al Asegurado, el porcentaje de los gastos médicos establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, necesarios para la recuperación de la salud, acostumbrados y razonables en el lugar donde el servicio es brindado:

1. Cuarto y alimentos, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, sin exceder de 365 días por cada período de hospitalización o hasta el límite de la vigencia de la póliza.
2. Servicios especiales por suministros de hospital, sala de operaciones y curaciones.
3. Atención médica suministrada por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y que no sean el cónyuge, su hijo(a), hermano(a), o el padre o la madre del Asegurado.
4. Procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina y que no sean el cónyuge, sus hijos (as), hermano (a), o el padre o la madre del Asegurado, sujetando dichos gastos a la tabla de honorarios de REDHSA vigente.
5. Aplicación de anestesia por un médico autorizado legalmente para ejercer la profesión y que no sean el cónyuge, hijos (as), hermano (a), el padre o la madre del asegurado, sujeto a la tabla de honorarios de REDHSA vigente.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S.A.

- 6. Atención suministrada por enfermeras(os) tituladas (os) que no sean el cónyuge, hija(o), hermana(o), el padre o la madre del asegurado y que no vivan en la casa del mismo.**
- 7. Tratamientos suministrados por un fisioterapeuta o radioterapeuta.**
- 8. Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para traslado de paciente del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad, al hospital siempre que exista el cargo por hospitalización o uso de sala de emergencia debidamente justificado hasta el monto establecido en las Condiciones Particulares**
- 9. Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, siempre que sean prescritos por un médico y adquiridos en un establecimiento autorizado para el suministro de medicamentos, supervisado por un farmacéutico autorizado para ello, y que no sean el cónyuge, su hijo (a), hermano (a), o el padre o la madre del Asegurado.**
- 10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.**
- 11. Oxígeno, terapia de inhalación, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias; transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares miembros y ojos artificiales, braguero y muletas u otro equipo similar. Alquiler de sillas de ruedas y cama especial de hospital.**
- 12. Cirugía plástica reconstructiva, exclusivamente si es necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el individuo se encuentre asegurado y que sea realizada dentro los 180 días siguientes a la fecha del accidente.**
- 13. Trasplantes de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.**
- 14. Tratamientos Dentales practicados por un Dentista o Cirujano Dental legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, a consecuencia de un accidente cubierto y se realicen dentro de los 90 días siguientes al accidente, incluyendo:**
 - a. Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada**
 - b. Prótesis de dientes si éstos eran naturales.**
 - c. Por excepción, la extracción de terceros molares impactadas**
- 15. Tratamientos Psiquiátricos en caso de:**



- a. Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado,
- b. Por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones, ya sea que se encuentre hospitalizado o no.

16. Beneficio de Maternidad, siempre y cuando el beneficio ha sido contratado, y el embarazo inicie después del período de carencia establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares el cual se contará a partir de la fecha de inicio de la cobertura en la póliza de la Asegurada ya sea titular o cónyuge dependiente, y de acuerdo a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura.

17. Control de Niño Sano, a partir del primer día de nacido hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares, incluyendo la aplicación de vacunas del cuadro básico del Ministerio de Salud.

Coberturas Adicionales:

Siempre que se establezca en las Condiciones Particulares y Opcionalmente mediante el pago de una prima adicional, se podrán contratar los siguientes beneficios:

Ayuda Oftalmológica:

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga una ayuda oftalmológica hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares.

Gastos Dentales:

Con base a las condiciones establecidas en el Anexo de esta cobertura, se otorga cobertura para gastos incurridos por tratamientos Dentales hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares.

2.- FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Anual Semestral Trimestral Mensual

3.- DETALLE DE PRIMAS

Prima Comercial	L. _____
Gastos de Emisión	L. _____
Prima Anual total de Seguros	L. _____



4.- . SUMA ASEGURADA

La suma asegurada estará establecida en las Condiciones Especiales a la cual se le llamará máximo vitalicio.

5.- EDADES DE ELIGIBILIDAD POR COBERTURA

Personas Asegurables		
Grupo Familiar	Edad ingreso	Edad de terminación
Titular	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Cónyuge	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____
Hijos	Desde: ____ Hasta: ____	Hasta: ____

En fe de lo cual Equidad Compañía de Seguros, S.A., firma el presente, en la ciudad de _____, el ____ de _____ del 20____

Firma Autorizada