

BENEFICIO QUE OTORGA LA EMPRESA AL PERSONAL DE CONFIANZA, ANTE EVENTUALIDADES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES QUE SE REALICEN EN FORMA PARTICULAR POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

PARA AFRONTAR ESTAS EVENTUALIDADES, LOS EMPLEADOS Y BENEFICIARIOS DE ESTE SERVICIO TIENEN PLENA LIBERTAD PARA ELEGIR MÉDICOS, SANATORIOS, CLÍNICAS U HOSPITALES EN SU ATENCIÓN MÉDICA A NIVEL NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO Y A TRAVÉS DE ESTE BENEFICIO SE REEMBOLSARÁ HASTA EL 100% DEL TOTAL DE SUS GASTOS, CUANDO HAYAN SIDO ORIGINADOS POR ACCIDENTE; CUANDO SE TRATE DE ENFERMEDADES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, SE PODRÁ OBTENER HASTA EL 85% APROXIMADAMENTE DEL TOTAL DE GASTOS REALIZADOS, DEBIENDO SER ESTE GASTO DE 85 UMA*, COMO MÍNIMO A PRESENTAR.

ESTE BENEFICIO SE OTORGA A TRAVÉS DE UN ADMINISTRADOR DE RIESGOS, EL CUAL DEFINE Y CONDICIONA LAS BASES DE COBERTURA.

LAS CONDICIONES DE PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES SON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN:

A. EL PERSONAL PERMANENTE ES AUTOMÁTICAMENTE INSCRITO EN EL PLAN BÁSICO CON 2000 * UMA COMO SUMA ASEGURADA.

B. MEDIANTE SOLICITUD EXPRESA, EL EMPLEADO PUEDE HACER EXTENSIVO ESTE BENEFICIO A SU CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS SOLTEROS, EXCLUSIVAMENTE. PARA INSCRIPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS DISPONDRÁ DE 30 DÍAS NATURALES. LA INTEGRACIÓN DE LOS FAMILIARES DESCENDIENTES IMPLICARÁ AL EMPLEADO UNA CUOTA ANUAL POR CADA DEPENDIENTE Y SERÁ DESCONTADA VÍA NÓMINA. LAS CUOTAS SE DAN A CONOCER MEDIANTE CIRCULAR EN LOS MES DE AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE CADA AÑO.

C. LOS DEPENDIENTES QUE CUMPLAN 25 AÑOS EN EL TRANCURSO DEL PROGRAMA QUEDARÁN INSCRITOS HASTA EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA CORRESPONDIENTE, O CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE QUE HAYA RECLAMADO ALGÚN PADECIMIENTO, LO QUE OCURRA PRIMERO. DESPUÉS DE ESTO NINGÚN PADECIMIENTO QUEDARÁ CUBIERTO.

D. SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS USUARIOS DE ESTE BENEFICIO EL MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE SUS DEPENDIENTES POR CAMBIO DE ESTADO CIVIL O POR NACIMIENTO, DISPONIENDO DE 30 DÍAS NATURALES PARA ELLO.

E. SE REEMBOLSARÁ HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA, 2000 UMA* POR EVENTO, PARA CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN BÁSICO Y 8000 UMA* PARA LOS INSCRITOS EN EL PLAN OPCIONAL.

F. LAS CIRUGÍAS DE CESÁREA (EMPLEADA O CONYUGE DEL EMPLEADO), SIEMPRE Y CUANDO LA AFECTADA TENGA MAS DE 12 MESES DE ANTIGÜEDAD EN EL PROGRAMA, SE CUBRIRÁN HASTA UN MÁXIMO DE 300 UMA* EN EL PLAN BÁSICO Y 600 UMA* EN PLAN OPCIONAL, PARA ESTE EFECTO SOLO SE CONSIDERAN COMO GASTOS SUJETOS A REEMBOLSO LOS QUE REALICEN A PARTIR DEL MOMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEFINITIVA PARA LA CIRUGÍA.

G. EN CASO DE ACCIDENTES DEL EMPLEADO O SUS DEPENDIENTES, SE REEMBOLSARÁ EL 100% DEL TOTAL DE LOS GASTOS PRESENTADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE COMPRUEBE QUE EXISTIÓ UN TRATAMIENTO MÉDICO DENTRO DE UN LAPSO DE 90 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, EL CUAL SERÁ EVALUADO POR EL ADMINISTRADOR.

H. CUANDO SE TRATE DE REEMBOLSO POR ENFERMEDAD O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, DEL TOTAL DE GASTOS CUBIERTOS SE DESCONTARÁN 30 UMA* DE DEDUCIBLE Y DE LA DIFERENCIA EL 10% DE COASEGURO.

I. EN LOS CASOS DE CIRUGÍA DE NARIZ EL COASEGURO SERÁ DE 40%. ESTE COASEGURO SE DESCONTARÁ PARA CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA FUNCIONAL QUE SE REALICE EN LA NARIZ, INDEPENDIENTEMENTE DEL SEGMENTO QUE SE TRATE; ASÍ COMO TAMBIÉN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE IMPLIQUE MANIOBRAS DENTRO DE LA CAVIDAD NASAL. DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD RADIOGRAFÍAS Y FOTOGRAFÍAS PRE Y POST OPERATORIAS CON INTERPRETACIÓN.

J. PARA RECLAMAR NUEVAMENTE PADECIMIENTOS PREVIAMENTE PAGADOS EN EL PLAN DE REEMBOLSO, EN LOS CUALES SE HAYA AGOTADO LA SUMA ASEGURADA O YA NO SE PRESENTEN GASTOS POR ESE PADECIMIENTO, DEBERÁ ESPERAR UN PERIODO DE DOS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA FACTURA MÁS RECIENTE INCLUIDA EN EL ÚLTIMO REEMBOLSO DE ESE PADECIMIENTO. PASADO ESTE TIEMPO EL PADECIMIENTO SERÁ CONSIDERADO COMO INICIAL, POR LO QUE SE ASIGNARÁ UNA NUEVA SUMA ASEGURADA Y SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO CORRESPONDIENTES.

K. SERÁ NECESARIO PRESENTAR EL INFORME MÉDICO ACTUALIZADO CUANDO SE REQUIERA.

L. PARA EFECTOS DE LA PÓLIZA DE EXCESO LOS PADECIMIENTOS INICIADOS ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA NO SERÁN CUBIERTOS YA QUE ESTA NO CUBRE PREEXISTENCIAS.

M. PARA RECLAMACIONES QUE AFECTEN LA PÓLIZA DE EXCESOS LA SUMA ASEGURADA NO SE RENUEVA, ESTA PÓLIZA FUNCIONA DIFERENTE AL PLAN DE REEMBOLSO.

N. LAS FACTURAS QUE DEBEN PRESENTARSE EN LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO TENDRÁN UNA VIGENCIA DE 365 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA MISMA; PASADO ESTE PERIODO LAS FACTURAS NO TENDRÁN NINGUNA VALIDEZ PARA EL PLAN.

* UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN VIGENTE. PARA MAYOR INFORMACIÓN, FAVOR DE DIRIGIRSE A:

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES
TELS: 5328 8707 y 5222-5370

ACEPTO Y RECONOZCO LAS CONDICIONES DESDES MI INGRESO AL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, QUE SE CONTIENEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOMBRE: _____ **NO. DE EXPEDIENTE:** _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____