

Salud Ideal

Tu salud es nuestra prioridad



 **Bancoagrícola**

Salud Ideal es un seguro de Renta Diaria por Hospitalización y atractivas asistencias, diseñadas exclusivamente para clientes de Bancoagrícola, conscientes de la importancia de proteger a su familia ante una enfermedad o accidente.

Es un seguro que no requiere exámenes médicos y te ofrece la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización a causa de enfermedad o accidente, la cual puedes contratar para ti y tu cónyuge, y una amplia gama de asistencias médicas, en las cuales también puedes incorporar a tus hijos. Tú escoges a tus dependientes y su renovación es automática año con año.

Salud Ideal cuenta con:

- Atractivas tarifas y tres opciones en sumas aseguradas para que puedas elegir.
- El pago de tus primas se realiza por medio de descuento automático a tu Cuenta de Ahorro, Corriente o Tarjeta de Crédito, de forma mensual, trimestral, semestral o anual.
- Agilidad en el trámite de tus reclamos a través de toda la red de agencias del Banco, así como la asesoría de nuestros ejecutivos.
- El respaldo de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas.

Para asegurarte debes reunir los siguientes requisitos:



Tener entre 18 y 65 años de edad, es decir, hasta un día antes de cumplir los 66 años de edad.



Que el Asegurado titular y dependiente no posean hospitalizaciones pendientes por ningún concepto, ni enfermedades preexistentes al momento de la contratación.



Ser cliente de Banco Agrícola a través de Cuenta de Ahorros, Cuenta Corriente o Tarjeta de Crédito.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- La prima de este seguro será cargada a la cuenta que el asegurado titular ha autorizado, la cual se encuentra detallada en la solicitud de seguro.
- Para mantener tu seguro vigente, tu cuenta debe tener fondos suficientes en la fecha de pago de la prima.
- Si deseas cambiar el número de cuenta para cargo de la cuota del seguro, debes solicitarlo por escrito a través de cualquier agencia de Banco Agrícola.
- El asegurado titular, al firmar la solicitud de Seguro Individual, está aceptando las condiciones del seguro y declarando que él (ella) y su cónyuge dependiente, no poseen hospitalizaciones pendientes por ningún concepto, ni enfermedades preexistentes al momento de la contratación según declaratoria de asegurabilidad de la solicitud de seguro.
- El asegurado titular dispone de 30 días de gracia para el pago de la prima de su Seguro “SALUD IDEAL”, contado a partir de la fecha de cada vencimiento según la forma de pago contratada, durante los cuales tiene cobertura en caso de siniestro.
- La renovación de este Seguro es anual y para ello bastará con que el asegurado titular pague la prima correspondiente.
- La edad máxima de permanencia del seguro tanto para el asegurado titular como para el cónyuge dependiente es 69 años, es decir, hasta un día antes de cumplir los 70 años de edad y para los hijos dependientes hasta un día antes de cumplir 19 años de edad.

SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS TITULAR Y DEPENDIENTE

COBERTURA DE PÓLIZA	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Renta Diaria por Hospitalización	\$100.00	\$75.00	\$50.00
Período de Indemnización Máximo por Evento	30 días	30 días	30 días
Período de Indemnización Máximo por Vigencia	90 días	90 días	90 días
Deducible por Evento	1 día	1 día	1 día

OPCIÓN 1

PRIMAS	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL
Asegurado Titular	\$158.00	\$79.00	\$39.50	\$13.20
Asegurado dependiente (cónyuge)	\$151.65	\$75.85	\$37.95	\$12.65
Cada hijo dependiente	\$110.60	\$55.30	\$27.65	\$ 9.25

OPCIÓN 2

PRIMAS	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL
Asegurado Titular	\$129.55	\$64.80	\$32.40	\$10.80
Asegurado dependiente (cónyuge)	\$123.25	\$61.65	\$30.85	\$10.30
Cada hijo dependiente	\$ 91.65	\$45.85	\$22.95	\$ 7.65

OPCIÓN 3

PRIMAS	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL
Asegurado Titular	\$101.10	\$50.55	\$25.30	\$8.45
Asegurado dependiente (cónyuge)	\$ 97.95	\$49.00	\$24.50	\$8.20
Cada hijo dependiente	\$ 75.85	\$37.95	\$19.00	\$6.35

COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, en adelante denominada La Aseguradora, te brindará las coberturas de conformidad a los riesgos que a continuación serán descritos y tú como asegurado, quedarás obligado a cumplir con las condiciones generales, sus anexos y declaraciones que hubieses hecho en tu solicitud.



SECCIÓN I - COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si a consecuencia de una enfermedad o accidente ingresas a un hospital autorizado para recibir servicios hospitalarios, por un período no menor a 24 horas, La Aseguradora te pagará la Renta Diaria por Hospitalización detallada en la solicitud de esta póliza, previa constancia de la hospitalización.

El período máximo de indemnización será de 30 días por evento y se te aplicará un día de deducible por evento. El valor asegurado máximo diario será el que tú contrates y se encuentre detallado en la solicitud de seguro, pagadero desde la fecha de ingreso en el hospital. La presente póliza cubrirá un **máximo de 90 días por vigencia de la póliza.**

Período de Carencia Inicial: el presente seguro tiene un período de carencia inicial (únicamente para la primera anualidad), durante el cual, el asegurado no tendrá cobertura, de 30 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro. Dicho Período de Carencia Inicial aplica en el caso de hospitalizaciones a causa de enfermedades.

La cobertura antes mencionada aplica únicamente para el titular asegurado y su cónyuge. El cónyuge deberá ser incorporado como dependiente a través de solicitud del titular.

DEFINICIONES



ACCIDENTE: Se entiende por accidente el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del asegurado, lesiones corporales evidenciadas por contusiones, heridas visibles, lesiones internas médicamente comprobadas o ahogamiento.



ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural que celebra para sí misma y sus familiares dependientes el contrato de seguro.



ASEGURADO DEPENDIENTE: Es la persona natural que adquiere el derecho de beneficiarse de las coberturas que ofrece la póliza.



DEDUCIBLE: Cantidad establecida a cargo del asegurado titular o cónyuge asegurado detallada en las condiciones de la póliza.



EVENTO: Toda enfermedad, accidente o tratamiento médico por el cual te hospitalices en un período de 30 días, contados a partir de la fecha del primer ingreso. Si los días de hospitalización exceden los 30 días establecidos, dichos días serán considerados como un nuevo evento.



HOSPITALIZACIÓN: El ingreso a una institución hospitalaria para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico, a causa de enfermedad o accidente, con una duración superior a 24 horas.



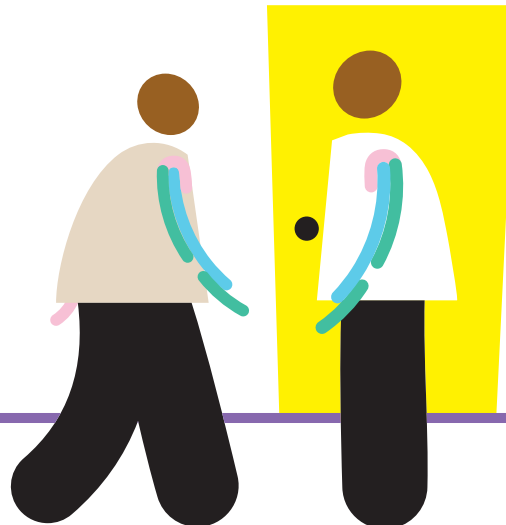
HOSPITAL O CLÍNICA: Institución legalmente autorizada por la ley, para proporcionar servicios médicos o quirúrgicos. Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes o enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamientos para alcohólicos o drogadictos no se consideraran hospitales.



HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS: Si la hospitalización de una persona asegurada se efectúa mientras este seguro se encuentre en vigor y la causa o causas estén relacionadas a una hospitalización anterior, por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este beneficio y que no esté separada por un período mayor a 30 días, será considerada una continuación de la hospitalización anterior. Las hospitalizaciones separadas por un período mayor a 30 días, no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de enfermedad o como resultado de un mismo accidente. Si los días de hospitalización exceden los 30 días establecidos, dichos días serán considerados como un nuevo evento.



MÉDICO: Es el profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.



SECCIÓN II - EXCLUSIONES

La Aseguradora, no te pagará la indemnización establecida en la cobertura si la hospitalización es consecuencia de uno de los siguientes eventos:

A. Hospitalización causada por o como consecuencia de:

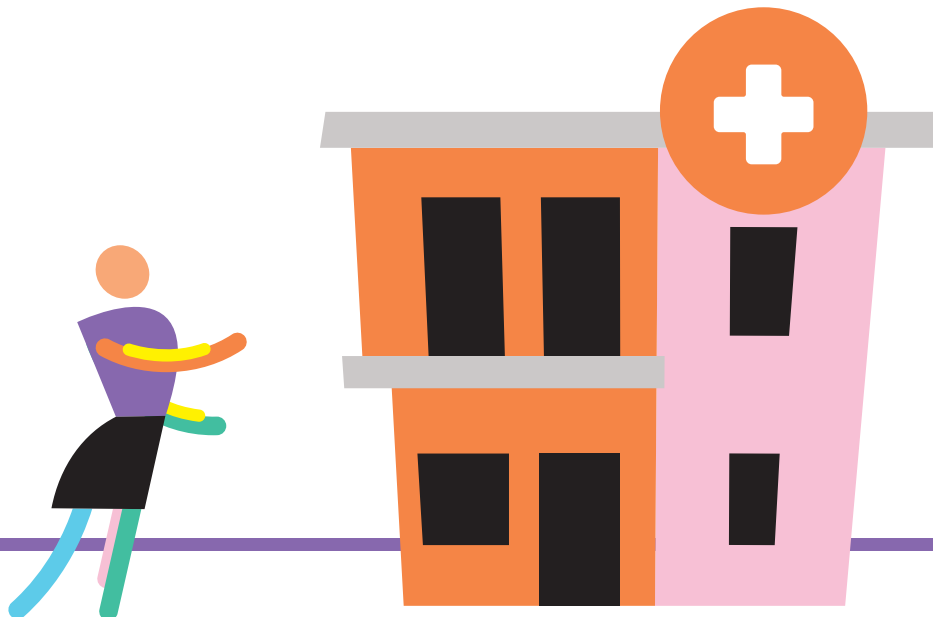
- A** Intento de suicidio, mutilación voluntaria o intento de tales actos, cualquiera que fuera tu estado mental o el móvil de la realización de los mismos; heridas o lesiones inferidas intencionalmente por tus dependientes de la póliza o por terceras personas y las inferidas por cualquier clase de armas que lleves, así como la inhalación, absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos.
- B** Hospitalización a consecuencia de una infección producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- C** Estado de gestación, embarazo, alumbramiento, aborto o complicaciones surgidas a causa del mismo.
- D** Hospitalización para chequeos rutinarios o cualquier otro examen, en los cuales no exista ningún padecimiento por enfermedad o accidente.
- E** Condiciones médicas o enfermedades detalladas en la solicitud de seguro que hayan sido diagnosticadas y tratadas médicamente previo a la contratación de esta póliza.
- F** El tratamiento dental, alveolar, gingival, maxilofacial y sus complicaciones. Excepto hospitalizaciones por tratamientos dentales originados por un accidente cubierto debidamente comprobado y que cause lesiones en dientes naturales.
- G** Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco cubre queratotomía, radiada y similares, ni cirugía plástica y de belleza (excepto las originadas por accidente cubierto).
- H** Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.

B. Hospitalizaciones originadas por accidentes causados por:

- A** Accidentes de navegación aérea (incluyendo helicóptero) salvo que viajes como pasajero de aeronave de línea comercial debidamente autorizada con itinerario regular de transporte.
- B** Accidentes que se realicen mientras se encuentre el asegurado bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas de conformidad a las pruebas toxicológicas pertinentes.
- C** Actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, tomando parte en carreras o concursos de cualquier naturaleza, y deportes notoriamente peligrosos que practiques como profesional y en general todo acto peligroso.
- D** Lesiones con arma de fuego, cortante, punzante o contundente.
- E** Cualquier otro acto delictuoso o ilegal que cometas o trates de cometer, siempre que medie un proceso penal de acuerdo a la legislación pertinente; sin perjuicio de presentar la sentencia absolutoria.

C. Por hospitalización en un hospital que no llena los requisitos descritos en la sección I:

COBERTURA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, Definiciones, Hospital o Clínica.



SECCIÓN III - OTRAS CONDICIONES

1 ELEGIBILIDAD Y PERMANENCIA

Son elegibles para esta póliza, el asegurado titular y cónyuge dependiente, que su edad en el momento de contratación esté comprendida entre los 18 y 65 años de edad; es decir, hasta un día antes de cumplir los 66 años de edad. La edad máxima de permanencia del seguro es 69 años; es decir, hasta un día antes de cumplir los 70 años de edad.

2 VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia de tu seguro es de un año contado a partir del día y hora en que hayas contratado el seguro. Este seguro podrá ser renovado por períodos sucesivos de un año, mediante el pago de la prima correspondiente. Si tu forma de contratación es a través del canal telefónico, tu seguro queda constituido y tu aceptación perfeccionada por medio de los archivos de audio con la grabación de la llamada telefónica en la que expresaste tu voluntad de adquirir el seguro, los cuales podrás solicitar a La Aseguradora, cuando así lo requieras; es decir, tu póliza entrará en vigencia en el momento que expreses tu voluntad de adquirir el seguro.

3 PRIMA

El importe de la prima y las condiciones de pago se establecen en la solicitud de seguro Salud Ideal. Podrás optar por incorporar a la póliza como dependiente a tu cónyuge o conviviente, quien gozará de las mismas coberturas pagando la prima que le corresponde.

El pago de la prima será anual, sin embargo, el asegurado podrá optar por el fraccionamiento de la prima, la cual quedará establecida en la solicitud de tu seguro Salud Ideal.

Tendrás un mes de gracia para el pago de la prima o de sus fracciones, contado a partir de la fecha de cada vencimiento según la forma de pago contratada. Si durante el período de gracia ocurriese un siniestro que posea cobertura, al momento de la liquidación te serán descontadas las primas vencidas. Vencido el período de gracia cesarán los efectos del contrato y dispondrás de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las primas vencidas, pero los efectos del contrato quedarán en suspenso. La Aseguradora, se reserva el derecho señalado en el artículo 1360 del Código de Comercio, en cuanto a la agravación esencial del riesgo. Al final de este último plazo, caducará el contrato.

En caso de siniestro, las primas que faltaren para completar la anualidad, se descontarán de cualquier indemnización que deba pagarse bajo esta póliza.

4 EXCESO DE SEGURO

Si al momento de ocurrir el siniestro tienes más de un seguro bajo este producto, La Aseguradora te pagará el beneficio de la póliza que se haya emitido primero y te devolverá cualquier pago de prima duplicado que se haya hecho bajo esta circunstancia.

Otro seguro: Con excepción de lo explicado anteriormente, el beneficio de esta cobertura se pagará en adición a cualquier otro seguro (bajo otro producto), al cual la persona asegurada tenga derecho a indemnización por Renta Diaria por Hospitalización.





5 DECLARACIONES INEXACTAS

El dolo o culpa grave en tus declaraciones hechas a La Aseguradora, da a esta la facultad para pedir la rescisión del contrato de seguro, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable.

6 BENEFICIARIOS

Tu cónyuge o conviviente y tus hijos que se presenten primero a La Aseguradora y que acrediten tal condición, podrán reclamar, en caso de que tú fallezcas, el beneficio de Renta Diaria por Hospitalización en proporciones iguales, siempre y cuando hayas adquirido este derecho. De no tener cónyuge e hijos los beneficiarios serán tus herederos legales.

En todo caso, tú siempre tendrás el derecho de poderlos cambiar o designarlos conforme a tu voluntad y, para ello, lo deberás hacer por escrito, correo electrónico, llamada telefónica, acercándote a las oficinas de La Compañía Aseguradora o en cualquier agencia de la Institución Financiera siempre que no haya restricción legal alguna. El cambio surtirá efecto a partir de la fecha en que sea registrado por La Aseguradora.

7 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Para acreditar el derecho a la indemnización, tú o tus beneficiarios deben presentar a La Aseguradora la reclamación acompañada de los documentos solicitados, así como cualquier otro documento que la Compañía considere necesarios, tales como:

TIPOS DE SINIESTROS:

Renta Diaria por Hospitalización

DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

A

Formulario de Reclamo de Siniestros (debidamente completado). X

Fotocopia de Documento de Identidad (DUI, PASAPORTE O CARNET DE RESIDENTE) y NIT del Asegurado. X

Asegurado representado por apoderado:
- Poder original ante notario. X
- Fotocopia de Documento de Identidad (DUI, PASAPORTE O CARNET DE RESIDENTE) Y NIT del Asegurado y Apoderado.

Constancia original firmada y sellada por el centro hospitalario, indicando fecha de ingreso, fecha de alta y diagnóstico por el cual el Asegurado estuvo hospitalizado. X

Los demás documentos que la Compañía considere necesarios relacionados al siniestro. X

LA ASEGURADORA PROPORCIONARÁ LOS SIGUIENTES FORMULARIOS:

- Formulario para Reclamos - Seguros de Personas (Bancaseguros), el cual debe ser completado con la información requerida para realizar el trámite.
- Se enviará carta solicitando información médica en caso de que el médico lo considere necesario.

8 MODIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO

Toda modificación de la solicitud de seguro, debes hacerla por escrito, correo electrónico, llamada telefónica, acercándote a las oficinas de La Compañía Aseguradora o en cualquier agencia de la Institución Financiera.

9 INDEMNIZACIÓN

La indemnización será exigible treinta días después de la fecha en que La Aseguradora haya recibido a satisfacción todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de tu reclamación.

10 TERMINACIÓN DEL SEGURO

La presente póliza se dará por terminada cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- A Falta de pago de la prima correspondiente.
- B Cuando tú lo solicites por escrito.
- C Podrás desistir de este contrato en un plazo de 15 días siguientes a aquel en que recibieras tu póliza o documento si no concuerda con los términos que tú conviniste o en su caso solicitar la rectificación del texto dentro del mismo plazo.
- D Si dejas de ser cliente de la institución financiera.
- E Al cumplir el asegurado 70 años de edad.

11 CONCILIACIÓN

En caso de discrepancia con La Aseguradora en el pago de un siniestro, podrás a tu discreción:

- Abocarte a la oficina de aliado al cliente situada en las oficinas principales de La Aseguradora, cuya dirección se encuentra en las condiciones generales de esta póliza.
- Solicitar a la Superintendencia del Sistema Financiero que cite a la Aseguradora a conciliación de conformidad al artículo 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros.

12 COMPETENCIA

En caso de controversia en relación con la presente póliza, y ya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero, previa certificación de la misma, las partes deberán acudir a los tribunales correspondientes.

13 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben según lo establecido en el Código de Comercio en los siguientes artículos:

Art. 1383.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Art. 1384.

El plazo de que trata el artículo anterior correrá en caso de siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. En todo caso, la prescripción de que trata el presente artículo, se cumplirá en cinco años contados desde la fecha del acontecimiento que originó los derechos en cuestión.



SECCIÓN IV - CLÁUSULAS ESPECIALES



1 TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

El presente Contrato se celebra para la vigencia establecida en la solicitud de seguro o en el Certificado de Seguro, según sea el caso. A su vencimiento, se prorrogará automáticamente si así lo hubiese autorizado el Asegurado y/o el Contratante de la Póliza, en forma escrita.

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en el marco legal que regula la actividad de seguros en El Salvador ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, en adelante denominada “La Aseguradora” se reserva el derecho a no establecer nuevas relaciones de negocios, así como a dar por terminado el presente Contrato de Seguro, según sea el caso, en cualquiera de los siguientes:

- A** Si se identifica por parte de La Aseguradora, por cualquier medio, que el Asegurado y/o Contratante de la Póliza, según sea el caso, resultan involucrados o mencionados en cualquiera de las situaciones o actividades previstas en la Ley Contra el Lavado de Dinero y de Activos, su Reglamento, el Instructivo de la Unidad de Investigación Financiera para la Prevención del Lavado de Dinero y de Activos, Ley contra Actos de Terrorismo o cualquier otra Ley o regulación relacionada con dichas materias.
- B** Por no proveer la información requerida por La Aseguradora, con el fin de documentar su perfil de cliente o de su política “Conozca a su Cliente”. Para garantizar el derecho de audiencia del Asegurado y/o Contratante de la póliza, La Aseguradora solicitará la información necesaria para establecer el perfil del cliente y/o actualizar el mismo. Sin embargo, agotadas las gestiones para obtener la documentación y/o actualización de información, La Aseguradora podrá dar por terminado el presente Contrato.
- C** Si el Asegurado y/o Contratante del Seguro es condenado penalmente por delitos de Lavado de Dinero o Activos, así como el financiamiento de actividades terroristas u otras actividades ilícitas. Así como cuando el Asegurado y/o Contratante, y además en el caso de personas jurídicas, sus Directores, Socios, Accionistas o Representantes Legales, aparezcan en listas restrictivas de reconocimiento internacional, locales o de elaboración propia, lo cual ponga en riesgo la reputación de La Aseguradora.



El Asegurado y/o Contratante de la Póliza entiende y acepta que La Aseguradora queda facultada para negarse a establecer nuevas relaciones de negocios o continuar las existentes, si existen determinados motivos de carácter legal o si el Asegurado brinda información falsa, incompatible o contradictoria, la cual sea imposible aclarar tras una indagación razonable.

Para los efectos correspondientes, la decisión de La Aseguradora de no establecer nuevas relaciones de negocios, así como de dar por terminado el presente Contrato de Seguro, se hará de conocimiento del Asegurado y/o Contratante según sea el caso, por medio escrito.

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be 'H. Salazar'. To the right of the signature is a circular blue stamp. The stamp contains the text 'ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas' around the top edge, 'Asesuisa' in the center, and 'SEGUROS' at the bottom.

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas.

Cabina de Servicio

***798 / 2298-8888**

Asistencia Médica:

Opción 1 - 4 - 1

Asistencia Odontológica:

Opción 1 - 4 - 2

Asistencia Psicológica:

Opción 1 - 4 - 2





Las asistencias incluidas en la póliza Salud Ideal para titular y dependientes son las siguientes de acuerdo a tu opción de seguro contratada:

Asistencia Médica	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Descuentos Especiales en Red Médica	Aplica sin límite	Aplica sin límite	Aplica sin límite
Beneficio de Orientación Médica Telefónica	Aplica sin límite	Aplica sin límite	Aplica sin límite
Traslado en Ambulancia	Aplica sin límite	Aplica sin límite	Aplica sin límite
Visita Médica a Domicilio	Aplica sin límite	Aplica sin límite	Aplica sin límite
Atención de Accidentes: Tratamiento de quemaduras, fracturas (brazos y piernas) y suturas	Hasta \$500.00 por evento Hasta 5 eventos en el año	Hasta \$400.00 por evento Hasta 3 eventos en el año	Hasta \$300.00 por evento Hasta 2 eventos en el año
Consulta con especialistas: Traumatólogos, Cardiólogos, Otorrinolaringólogos, Oftalmólogos, Dermatólogos, Pediatras y Ginecólogos. Aplica pediatra, únicamente para los hijos dependientes.	Hasta 5 veces al año	Hasta 4 veces al año	Hasta 3 veces al año
Asistencia Odontológica	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Asistencia Odontológica	Emergencia completa	Emergencia completa	Emergencia completa
Asistencia Psicológica	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Orientación Psicológica, telefónica o virtual	Hasta 5 sesiones por titular	Hasta 5 sesiones por titular	Hasta 5 sesiones por titular

Los hijos dependientes incorporados a la póliza gozarán de los beneficios ofrecidos a través de las asistencias anteriormente detalladas, la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización estará excluida para ellos. Puedes inscribir hasta 3 hijos dependientes, sus edades deben estar comprendidas entre 0 y 18 años y serán excluidos automáticamente al cumplir 19 años, deben vivir y depender del titular.

El servicio Asistencia Médica estará disponible a nivel de todo el territorio nacional y garantizado de acuerdo a las coberturas designadas, salvo que alguna de las siguientes causas lo impida:

- 1 Que no exista infraestructura vial que permita acudir al lugar de cobertura o que sea de difícil acceso.
- 2 Que la zona de cobertura esté dentro de alguna de las denominadas “Zona de Alto Riesgo” o con presencia delincriminal.
- 3 En caso de Desastre Natural, cuando las autoridades competentes lo declaren, o sea estado de Alerta Roja.

SECCIÓN I

COBERTURAS ASISTENCIA MÉDICA

Los servicios de asistencia médica se prestarán con arreglo a las condiciones siguientes:

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.

La Aseguradora, en atención a tu solicitud, proporcionará a través de su Cabina de Servicio asesoría médica las 24 horas, los 365 días del año con el objeto de proporcionar orientación médica y técnica en tiempo real para temas relacionados con la salud. Es decir, brindará asistencia telefónica con primeros auxilios en urgencias médicas, información sobre medicamentos en cuanto a reacciones adversas, efectos secundarios o contraindicaciones, cuidados de niños y orientación materno infantil, asesoría sobre pruebas diagnósticas y la valoración de necesidad de traslados en ambulancia, consultas a domicilio o con especialistas de la Red establecida por La Aseguradora para este producto, así como información sobre hospitales, centros médicos asistenciales, de emergencia, farmacias y laboratorios pertenecientes a la Red mencionada.

Esta Orientación Médica puede ser solicitada cuantas veces lo necesites, a la hora que lo requieras, ya que es sin límite de eventos, siempre y cuando lo hagas por medio de la Cabina de Servicio de La Aseguradora al **2298-8888 opción 1 - 4 - 1.**



VISITA MÉDICA A DOMICILIO POR EMERGENCIA.

La Aseguradora, coordinará a través de su Cabina de Servicio el envío de un médico a tu domicilio. Este médico será asignado por La Aseguradora, y autorizado exclusivamente por el médico que atienda la asistencia médica en la Cabina de Servicio. Las visitas médicas domiciliarias en otras circunstancias o por médicos distintos a los autorizados por La Aseguradora, no están cubiertas. Esta cobertura está limitada de acuerdo al plan contratado.

En casos en los que tu lugar de domicilio sea una zona considerada de alto riesgo, es decir que pueda poner en peligro la seguridad del médico, como pueden ser barrios o colonias conocidas de Alto Riesgo Delincuencial, La Aseguradora no está obligado a prestar dicho servicio.

TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA POR EMERGENCIA.

La Aseguradora, en caso de ser necesario y previa evaluación del personal médico, coordinará en la Cabina de Servicio ASESUISA, el envío de una ambulancia. Esta cobertura está limitada de acuerdo al plan contratado. Los envíos de ambulancia en otras circunstancias fuera del enunciado anterior no están cubiertos por este sistema.

Si en un determinado momento necesitas un traslado médico fuera de la cobertura, se te brindará el servicio y el kilometraje recorrido será por tu cuenta a tarifa preferencial. En casos en los que tu lugar de domicilio sea una zona considerada de alto riesgo, es decir, que pueda poner en peligro la seguridad de los médicos que acompañen la unidad de ambulancia, como pueden ser barrios o colonias conocidas de Alto Riesgo Delincuencial, los proveedores de La Aseguradora no están obligados a prestar dicho servicio. La Aseguradora podrá asistirte para que puedan recibirte en un hospital o centro médico asistencial perteneciente a la Red establecida para este producto.

ATENCIÓN DE ACCIDENTES.

Para tratamientos de emergencia causados por quemaduras, fracturas de extremidades o cortaduras en la piel, La Aseguradora pone a tu disposición la Red de Proveedores establecida para este producto, que se coordinará por medio de Cabina de Servicio para la atención primaria, no incluye los medicamentos que se requieran en el tratamiento.

Este servicio se brinda con límite económico de acuerdo al plan contratado. Excluye procedimientos de Osteosíntesis.

CONSULTA CON ESPECIALISTAS.

La Aseguradora pondrá a tu disposición la Red de Proveedores establecida para este producto, la cual estará integrada por especialistas en las áreas de traumatología, cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología; en el caso del plan familiar también aplica pediatría para los hijos incorporados al seguro como dependientes del asegurado principal. La Aseguradora cubrirá económicamente el costo de la consulta externa. Estos servicios pueden ser solicitados por tu persona o dependiente con un límite económico de acuerdo al plan contratado. Excluye medicamentos o procedimientos.

BENEFICIO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

El valor de la Renta Diaria por Hospitalización, que aparece en la solicitud de esta Póliza, será duplicado por un período máximo de 5 días, cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de un accidente o enfermedad y que por prescripción del médico tratante requiera de los servicios de Cuidados Intensivos. Si después de 5 días, el Asegurado sigue hospitalizado, el valor de la Renta Diaria será el reflejado en esta solicitud.



SECCIÓN II

EXCLUSIONES ASISTENCIA MÉDICA

No son objeto de este contrato los servicios y/o hechos siguientes:

- A** Los causados por mala fe de tu parte o tus dependientes.
- B** Enfermedades o accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
- C** Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular; o tu participación consciente o inconsciente en estos eventos.
- D** Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
- E** Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- F** Los servicios que tú hayas gestionado, contratado y pagado por tu cuenta.
- G** Los gastos médicos u hospitalarios fuera de los descritos en este clausulado y bajo los términos de este.
- H** Los eventos médicos producidos por intento de suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo; y/o participación en actos delictivos.
- I** Las lesiones o enfermedades originadas, directa o indirectamente, de actos que hayas realizado con dolo o mala fe.
- J** La asistencia y gastos por enfermedad o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica, y tampoco la asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.
- K** Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis, anteojos, muletas u otros aditamentos.
- L** Las asistencias y gastos derivados de prácticas deportivas en competencias.

SECCIÓN III

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Para efectos de este servicio se te otorgará cobertura en caso de que sufras una emergencia odontológica, tal como se define: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por el presente o documentos correspondientes y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

Los servicios odontológicos a tu disposición o de tus dependientes en caso de **EMERGENCIA COMPLETA** son:

- A Medicina Bucal:** Historia Clínica de Emergencia (Diagnóstico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- B Operatoria:** Amalgama en dientes posteriores, Resina fotocurada en dientes anteriores y posteriores, Vidrio Ionomérico en el cuello de los dientes. Descripción: Eliminación de caries y relleno del diente al que se le diagnostica la emergencia dental. El beneficio ampara: Amalgama (relleno de color gris), Resina Fotocurada (relleno del mismo color del diente) y Vidrio Ionomérico (Material empleado para restaurar desgastes en el cuello de los dientes que originan fuerte sensibilidad o dolor).
- C Endodoncia:** Endodoncias Monorradiculares, Birradiculares, Multirradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos
Descripción: Clasificación dada por el número de raíces del diente a tratar, al cual se le diagnostica la emergencia.
- D Cirugía:** Exodoncia Simple de dientes temporales y permanentes.
Descripción: Este proceso hace referencia al empleo de técnicas simples, es decir, sin uso de bisturí o sutura.
- E Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.
Descripción: Radiografías tomadas en el consultorio para el diagnóstico de caries interproximales, es decir, caries que se generan en medio de dos dientes, y periapical, es decir, que valora las puntas de las raíces de los dientes.

F Emergencias:

i. Endodónticas: Eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto. Descripción: Cuando el asegurado presente dolor agudo en un diente causado por caries, se aplicarán medicamentos en el interior del diente en caso de caries extensas y con procesos inflamatorios.

ii. Periodontales: Curetajes radicular localizado, Ajustes de oclusión, Medicación en caso de dolor muscular y abscesos. Descripción: Involucran el tejido de soporte del diente (encía y hueso). La cobertura ampara limpieza localizada de la zona afectada asociada a la emergencia, ajustes de oclusión (Ajuste de la mordida en caso de presentar contactos prematuros) y receta médica en caso de dolor muscular y abscesos (infección).

iii. Protésicas: Cementado provisional o definitivo de prótesis fijas, Reparación de la prótesis removible realizada en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), Medicación en el caso de estomatitis sub-protésica. Descripción: Vinculada con pacientes portadores de prótesis. La cobertura ampara cementado provisional o definitivo de prótesis fijas en buen estado, reparación de prótesis removible realizada en el consultorio y receta médica en caso de lesión de la mucosa oral que se encuentra en contacto con la prótesis removible.

Beneficio de descuento entre un 10% y un 30% para los tratamientos no amparados por el plan.

Adicionalmente, La Aseguradora pone a tu disposición un **servicio telefónico de emergencia las veinticuatro (24) horas del día**, con un odontólogo de guardia para atender las emergencias los fines de semana y días feriados, llamando a **Cabina de Servicio al número telefónico 2298-8888 opción 1 - 4 - 2**.

Los servicios de asistencia dental serán prestados de conformidad con el siguiente procedimiento:

- A** Los tratamientos deberán ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores establecida por La Aseguradora. Tú como asegurado o tus dependientes podrán escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por La Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por tratamientos realizados en otros centros odontológicos o por otros odontólogos diferentes a los de la Red mencionada anteriormente, ni por los tratamientos no contemplados en este anexo, aun cuando los mismos sean realizados en los centros autorizados.

- B** Los odontólogos y centros odontológicos te atenderán a ti y a tus dependientes en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores establecida por La Aseguradora para este producto.
- C** Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos centros odontológicos pertenecientes a la Red odontológica establecida por La Aseguradora, los cuales podrás consultar previamente por medio de Cabina de Servicio de ASESUISA **2298-8888 opción 1 - 4 - 2**.
- D** Cuando tú mismo o tus dependientes requieran alguno de los tratamientos amparados por este contrato, deberán ponerse en contacto con La Aseguradora a la Cabina de Servicio **2298-8888 opción 1 - 4 - 2**, donde un funcionario te referirá al odontólogo perteneciente a la Red de Proveedores establecida para este producto, cuyo centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para ti o tus dependientes. Deberás dirigirte al centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con tu Documento Único de Identidad, recibirás la atención del odontólogo que seleccionaste. Dicho profesional solicitará al proveedor designado por La Aseguradora la clave de autorización para iniciar tu tratamiento.
- E** Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, deberás comunicarte con La Aseguradora a través de su Cabina de Servicio **2298-8888 opción 1 - 4 - 2**, donde serán guiados por un funcionario, quien estará encargado de referirlos a un centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- F** En caso no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación. Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberás realizarlos a La Aseguradora por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.



SECCIÓN IV

EXCLUSIONES ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

Las exclusiones del anexo consisten en:

- Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en la definición de Emergencia Odontológica.
- Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La asistencia no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía.
- Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
- Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a los servicios cubiertos por la Emergencia Odontológica, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- Defectos físicos.
- Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- Radioterapia o quimioterapia.
- Tratamientos láser.
- Hospitalizaciones.
- Metales preciosos.

- Atenciones o tratamientos médicos odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica antes indicada.
- Servicios odontológicos recibidos fuera de la República de El Salvador.
- Extracciones de terceros molares (muelas del juicio).

No obstante, si tú como asegurado o tus dependientes requieren tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, **podrás solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la Red establecida por La Aseguradora para este producto**, quienes informarán que el servicio adicional solicitado no es parte de la cobertura de la póliza. Una vez aceptada la propuesta por tu parte o por tus dependientes, se les efectuará un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.



SECCIÓN V

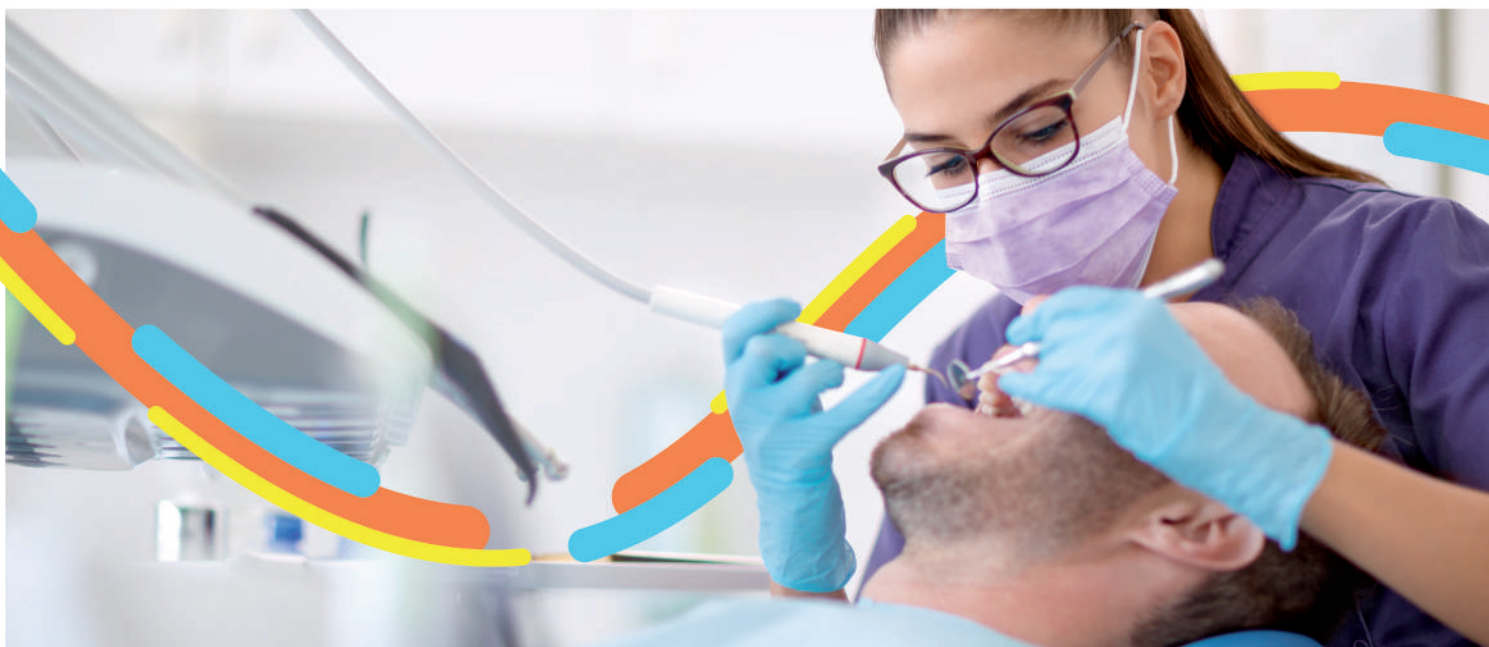
OTRAS CONDICIONES DE ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

PREEXISTENCIAS

Los asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones buco-dentales, según lo establecido en los servicios odontológicos a disposición de los asegurados o dependientes en caso de Emergencia Odontológica ya citada, aun cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de la póliza por parte de La Aseguradora en beneficio de los asegurados.

IDONEIDAD DE LOS ODONTÓLOGOS

Los servicios profesionales odontológicos que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de odontólogos profesionales, con certificado de inscripción frente a las autoridades nacionales correspondientes. Estos profesionales actúan de acuerdo con su conocimiento y experiencia, motivo por lo cual el vínculo contractual entre La Aseguradora y el ASEGURADO en ningún caso y bajo ninguna circunstancia incluye directa o indirectamente, ningún tipo de responsabilidad frente a las acciones de los odontólogos desarrolladas durante los tratamientos que practiquen.



SECCIÓN VI

ORIENTACION PSICOLÓGICA

El asegurado podrá acceder a orientación psicológica, telefónica o virtual en caso de:

- Ayuda sobre permanencia en el hogar por cuarentena.
- Dinámica familiar asociada a la convivencia.
- Estrés traumático.
- Apoyo para anticipar o tratar situaciones de ansiedad.
- Apoyo en situaciones de crisis.
- Violencia doméstica.

Servicios psicológicos cubiertos:

- A** Diagnóstico (Examen e Historia Clínica).
- B** Orientación telefónica o virtual: Apoyo psicológico al asegurado asociado a la situación.
- C** Técnicas cognitivas: Desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, terapia racional emotiva, técnicas supresivas, técnicas expresivas, técnicas de integración, comprensión del significado idiosincrático, cuestionar pruebas o evidencias, retribución, examen de las opciones alternativas, descatastrofizar, ventajas y desventajas, convertir la adversidad en ventajas, clasificación de las distorsiones, descubrimiento guiado de la asociación, exageración o paradoja, eliminación de la imaginación, externalización, ensayo cognitivo, autoinstrucción, detención de pensamientos, focalización, enfrentamiento directo, desarrollo de la disonancia cognitiva.



- D** Técnicas psicoterapéuticas conductuales: Registros cognitivos, exposición graduada, ensayos conductuales, experimentos conductuales, programación de actividades.
- E** Técnicas terapéuticas orientadas: Respiración diafragmática, relajación, meditación.

Los servicios antes enunciados tendrán un máximo de cinco (5) sesiones por titular.



SECCIÓN VII

ATENCIÓN DE ASISTENCIAS

CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Queda estipulado que tú como asegurado o tus dependientes no recibirán servicios médicos u odontológicos contratados a través de reembolso, salvo que, debido a una emergencia, requieras de los tratamientos cubiertos por este anexo y no existan en la localidad donde te encuentres, centros, consultorios o especialistas afiliados a la Red de proveedores establecida por La Aseguradora, o en su defecto, que los mismos no presten los servicios requeridos y descritos en este anexo. En ambos casos podrás recibir el servicio médico u odontológico necesario para la atención de la emergencia, siempre y cuando lo notifiques previo a recibir el servicio, por medio de Cabina de Servicio al número telefónico **2298-8888 opción 1 - 4 - 1 para Asistencia Médica y opción 1 - 4 - 2 para Asistencia Odontológica.**

Después de recibida la atención médica u odontológica por emergencia, deberás enviar por correo electrónico a la dirección: **reclamosbancaseguros@asesuisa.com** la documentación requerida:

Asistencias	Asistencias Médicas	Asistencias Odontológicas
Formulario de reclamo por reembolso.	x	x
Documento de identidad.	x	x
Facturas escaneadas por el tratamiento recibido.	x	x
Informes médicos en caso de que sean requeridos.	x	
Respaldo radiográfico o con fotografía.		x
Constancia donde se especifique la fecha y la hora de la consulta, con el diagnóstico y tratamiento indicado, firmada y sellada por el Odontólogo.		x

Una vez recibida la información, los gastos razonables incurridos por tal servicio de emergencia te serán reembolsados directamente por La Aseguradora.

Se entiende por gastos razonables al cálculo determinado por La Aseguradora con base al promedio de los gastos facturados a la fecha en que tú o tus dependientes utilizaron el servicio médico, tomando en cuenta las tarifas vigentes del mercado o las tarifas previamente acordadas con los proveedores de la Red antes mencionada, considerando un proveedor de categoría equivalente a aquel donde fuiste atendido, en la misma zona geográfica y por un tratamiento de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones del servicio establecido en el presente anexo. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

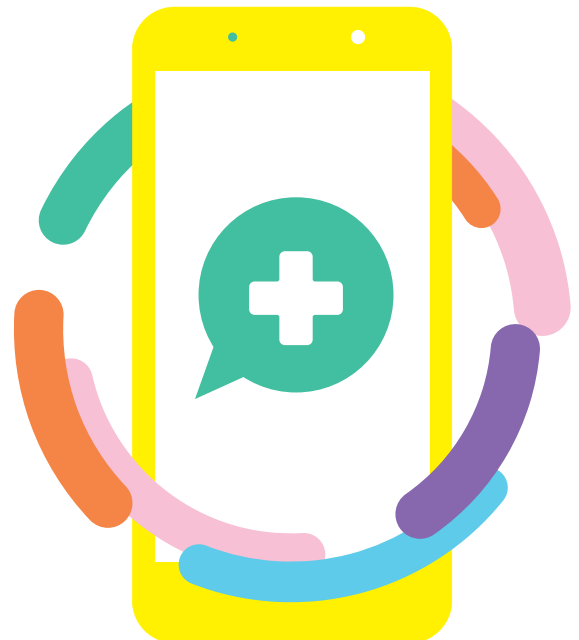
Queda entendido que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en este condicionado y que se origine en la República de El Salvador.

COMUNICACIONES

Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de los servicios garantizados en concepto de asistencias, deberás solicitarlo a La Aseguradora, llamando a Cabina de Servicio al número telefónico **2298-8888 opción 1 - 4 - 1 para Asistencia Médica y opción 1 - 4 - 2 para Asistencia Odontológica** e indicar tus datos de identificación, así como el lugar donde te encuentras y la clase de servicio que necesitas.

La Aseguradora gestionará los servicios a que se refiere este contrato siempre que ello no implique un lucro para ti o tus dependientes y que proporcionen todos los datos necesarios para la adecuada prestación del servicio, incluyendo el acceso a sus expedientes médicos.

Los servicios a que se refiere este contrato se prestarán: Directamente por La Aseguradora o por terceros con quienes la misma contrate, bajo su responsabilidad.



 **Bancoagrícola**

Asesuisa

Esta Póliza de Seguro ha sido tomada bajo la responsabilidad de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas y Banco Agrícola, S.A., será únicamente la entidad comercializadora y bajo ninguna circunstancia significa certificación sobre la solvencia de la citada Aseguradora.