

Aseguradora:



Corredor Seguros:



CUADRO DE BENEFICIOS

LIMITE MAXIMO DE COBERTURA	PLAN INTERNACIONAL
Máximo Anual Renovable por persona	\$350.000
Máximo Vitalicio por Servicios relacionados con el SIDA	\$52.500
Máximo deducible agregado 3 por familia	
Deducible Año Calendario - Centroamérica	\$100
Deducible Año Calendario - Internacional	\$1.000
STOP LOSS - Límite de Coaseguro por año póliza - Centroamérica (Aplica para gastos por hospitalización dentro de hospital únicamente)	\$2.500
STOP LOSS - Límite de Coaseguro por año póliza - Internacional (Suman todos los gastos donde aplica un coaseguro por Hospitalización – No contempla Honorarios Médicos)	\$5.000
Coaseguro dentro de Red	10%
Coaseguro fuera de Red	10%
Tipo de Red	RED PALIGMED
Periodo de preexistencia	3 meses

URGENCIAS Y CONSULTAS

Red Médica = PALIGMED

Método Amparo = Pago Directo, Sin Aplicación del Deducible, al 100%

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Uso del Cuarto de Urgencias por Accidente (Accidente incurrido en últimas 48 horas)	100% de los cargos elegibles excepto honorarios de especialista y exámenes de diagnóstico (sujetos a coaseguro)

Red Médica = PALIGMED

Método Amparo = Pago Directo, Sin Aplicar Deducible

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Uso del Cuarto de Urgencias por Enfermedad (Ver listado de Enfermedades Critico Detalladas señaladas en las generalidades)	Coaseguro del 10%
Consulta Médica Ambulatoria - Médico especialista	Costo Máximo Cita de \$90 Copago de \$15
Consulta Médica Ambulatoria - Médico general	Costo Máximo Cita de \$45 Copago de \$5
Atención Primaria de Salud Integral (*Enfermedades Listadas en Condiciones Particulares). Incluye consulta con médico general, estudios diagnósticos y tratamiento médico (máximo 3 días).	Aplica únicamente en Centros de Atención Primaria de Red Paligmed Essential. Cobertura al coaseguro 90%-10% Sin aplicar deducible en Pago Directo.

Aseguradora:



Corredor Seguros:



COBERTURAS AMBULATORIAS

Método Amparo (Dentro de Red) = Pago Directo, Sin Aplicación del Deducible, al 90%

Método Amparo (Fuera de Red) = Pago por Reembolso, Aplicación del Deducible, al 90%

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Tratamiento Ambulatorio	10% Coaseguro
Estudios de imágenes ambulatorios (Rayos X, Resonancias Magnéticas, etc.)	10% Coaseguro
Laboratorios Clínicos ambulatorios y estudios de gabinete	10% Coaseguro
Terapias Físicas	Máximo \$30 por Terapia y 50 terapias anuales 10% Coaseguro
Consulta Especialista en cuarto de urgencia por Enfermedad o Accidente	Máximo \$150 por consulta 10% Coaseguro
Medicinas recetadas (Dentro de Farmacias Preferentes) – Sin aplicar deducible	10% Coaseguro
Medicinas recetadas – (Fuera de Farmacias Preferentes) – Aplica deducible	10% Coaseguro

Pago Directo para Medicamentos de Enfermedades Crónicas

El asegurado deberá identificarse como asegurado PALIG en la Farmacia de Pago Directo de su elección, presentar la receta de medicamentos emitida por su médico especialista junto al Formulario de Reclamación original debidamente completado y firmado por el asegurado y médico tratante.

La Farmacia de Pago Directo conservará el formulario de reclamación, preautorización y receta de medicamento para sus registros con PALIG.

Beneficio aplica con un coaseguro del 20% si la factura en medicamentos es menor o igual a ₡25.000 colones

Si la factura en medicamentos es mayor o igual a ₡90.000 colones se requiere preautorización de la Aseguradora.

Beneficio aplica únicamente en Farmacias de Pago Directo.

Tratamientos Prolongados:

Su reembolso se efectuará mes a mes, PALIG no pagará el tratamiento completo.

Se debe de presentar copia de la receta médica con la indicación del periodo del tratamiento, copia del formulario completo por el médico, formulario original completo por el asegurado y factura original y desglosada.

La receta médica debe de renovarse cada 6 meses.

Aseguradora:



Corredor Seguros:



COBERTURAS DE HOSPITALIZACIÓN

Método Amparo (Dentro de Red) = Pago Directo, Sin Aplicación del Deducible, al 90%

Método Amparo (Fuera de Red) = Pago por Reembolso, Aplicación del Deducible, al 90%

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Honorarios Quirúrgicos para Cirujano Principal (Según URA).	10% Coaseguro
Honorario del Asistente utilizado por el Cirujano Principal (Máximo 25% de los honorarios aprobados al Cirujano Principal)	10% Coaseguro
Honorarios del Anestesiólogo (Máximo 35% de los honorarios R&A en Costa Rica al Cirujano Principal)	10% Coaseguro
Servicios Hospitalarios- Misceláneos	10% Coaseguro
Trasplante de órganos	10% Coaseguro
Visita Médica Intrahospitalaria en Cuarto Normal	Máximo 1 visita diaria, sin límite en número de días Máximo \$250 por médico justificado 10% Coaseguro
Visita Médica Intrahospitalaria en Cuidados Intermedios	Máximo 1 visita diaria, sin límite en el número de días Máximo \$350 por médico justificado 10% Coaseguro
Visita Médica Intrahospitalaria en UCI (Unidad Cuidados Intensivos)	Máximo 1 visita diaria, sin límite en número de días Máximo \$500 por médico justificado 10% Coaseguro
Cargo Diario de Hospital por Cuarto y Alimentos - Centroamérica	Máximo \$450 10% Coaseguro
Cargo Diario de Hospital por Cuarto y Alimentación – Internacional	Máximo \$450 10% Coaseguro
Cargo Diario de Hospital por Cuarto y Alimentación de Cuidado Intermedio	Máximo \$750 10% Coaseguro
Cargo Diario de Hospital por Cuarto de Cuidado Intensivo - Centroamérica	Máximo \$1.250 10% Coaseguro
Cargo Diario de Hospital por Cuarto de Cuidados Intensivos – Internacional	Máximo \$1.250 10% Coaseguro
Cama de acompañante para adulto (Cobertura aplicable solo para dependientes hijos)	Máximo \$60 10% Coaseguro

URA = Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados

BENEFICIO DE AMBULANCIA

Método Amparo = Pago Reembolso, al 90%, no aplica/acumula al deducible

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Ambulancia Terrestre Centroamérica	Máximo \$300
Ambulancia Aérea - Centroamérica (previa autorización)	Máximo \$10.000
Ambulancia Aérea - Internacional (previa autorización)	Máximo \$15.000

Aseguradora:



Corredor Seguros:



COBERTURAS DE MATERNIDAD

Método Amparo (Dentro de Red) = Pago Directo, Sin Aplicación del Deducible, al 90%

Método Amparo (Fuera de Red) = Pago por Reembolso, Aplicación del Deducible, al 90%

Gastos Prenatales por Reembolso

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Cesárea y/o Parto Múltiple (*)	Máximo \$4.000
Parto Normal (*)	Máximo \$4.500
Aborto Espontaneo	Máximo \$2.500
Amenaza de Aborto	Máximo \$2.500
Complicaciones en el Embarazo (**)	90% - 10%
Cuidado Critico Neonatal	Máximo \$100.000
Recién Nacido Sano	Máximo \$1.000
Coaseguro dentro de Red	90% - 10%
Coaseguro fuera de Red	90% - 10%
Periodo de espera	0 meses

El beneficio de maternidad incluye a madres solteras. Las maternidades en curso serán cubiertas

No se pagarán tratamientos de infertilidad, ni servicios médicos o quirúrgicos por la “fecundación in vitro”

Los gastos prenatales podrán ser presentados desde su incurrencia hasta el momento de la autorización del parto, y los gastos serán descontados del sublímite de cobertura aplicable.

(*) Se incluyen: 9 consultas, 2 ultrasonidos, 2 monitoreo, medicamentos, laboratorios, vitaminas, hospitalización hasta el límite supra citado, 10% Coaseguro. Se incluye epidural en parto normal hasta un máximo de \$280 – 10% coaseguro.

(**) Las complicaciones de Maternidad, en dónde la vida de la madre se encuentre directamente en peligro, Dentro de estas se incluyen: Desprendimiento de la Placenta, Preeclampsia y Eclampsia, Placenta Previa en el tercer trimestre cuando se encuentra asociado a Sangrado Transvaginal, Hospitalizaciones asociadas a Hiperémesis Gravídica, Infección por Influenza tipo AH1N1 y Cerclajes en incompetencias Uterinas. Coberturas al coaseguro según corresponda.

Hijos dependientes serán elegibles a partir del 11avo día de nacido, siempre y cuando su enrolamiento sea efectivo durante los primeros 30 días de nacido. Posterior a este periodo deberá presentar Prueba de Asegurabilidad y termina a los 19 años de edad.

Se extiende la cobertura hasta los 25 años, siempre y cuando el dependiente dependa económicamente de sus padres y esté estudiando por tiempo completo (contra presentación de recibo de matrícula del periodo vigente y se requerirá como mínimo 3 materias)

Aseguradora:



Corredor Seguros:



BENEFICIOS ESPECIALES

Método Amparo = Pago por Reembolso, Aplicación del Deducible, al 90%

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Tratamiento de Alcohol y Drogas (Dentro de Hospital)	URA
Prueba de alergias y Tratamiento (Panel de alergias, Inmunoterapias)	\$300
Control de Niño Sano a partir del 11vo día a 6 años Consultas Pediátricas Vacunas hasta los 6 años y de acuerdo con los costos razonable y acostumbrado: BCG, MMR, Meningitis por haemophilus Tipo B, DPT, IPB, Rotavirus, MMR, Hepatitis B, Neumococo, IPV, Varicela Vitaminas y Laboratorios	\$500
Control Ginecológico - Examen de PAP, ultrasonido y consulta una vez al año - aseguradas titulares y cónyuges dependientes. - La mamografía preventiva aplica a partir de los 40 años - aseguradas titulares y cónyuges dependientes.	URA
Control Urológico - Examen PSA en sangre una vez al año – asegurados titulares y cónyuge dependiente, mayor de 40 años (Incluye consulta médica Urológica)	URA
Salpingectomía (asegurada titular)	\$600
Vasectomía (asegurado titular)	\$300
Tratamiento de Tercera Molares Impactadas (Extracción, Cirugía, Placa panorámica y medicamentos) Titular y dependientes (Ver generalidades)	\$175 cada una
Beneficio de Nutrición, solo titulares	\$42 por Consulta Máximo 6 consultas al año
Enfermedades de Transmisión Sexual (asegurado titular)	\$2.500

Tratamiento de Molares Impactadas:

Ampara únicamente el honorario de la extracción hasta el monto máximo señalado en el cuadro de beneficios.

Se cubre medicamentos, placas u otros gastos

Para el amparo se requiere presentar como parte de la gestión de reembolso, placa panorámica amparada dentro del caso; que respalde el impacto

Método Amparo = Pago por Reembolso, Aplicación del Deducible, al 50%

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Zapatos o plantillas Ortopédicas hasta los 6 años	\$200 Máximo 2 pares al año

Método Amparo = Pago por Reembolso, Aplicación del Deducible, al 80%

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL
Beneficio de Psiquiatría & Psicología (Hospitalización requiere preautorización)	\$100 por consulta Máximo 30 consultas al año Medicamentos Prescritos

URA = Costo Usual, Razonable y Acostumbrado

Aseguradora:



Corredor Seguros:



BENEFICIOS MEDICINA PREVENTIVA

Aplican para el Titular y dependientes asegurados

BENEFICIO	PLAN INTERNACIONAL	
Chequeo Oftalmológico – Incluye chequeo y compra de lentes	\$250	
Chequeo Médico General	\$250	
Telemedicina	A través proveedor BLUE MEDICAL	
Emergencias Médicas – Atención a Domicilio	Médicos a Domicilio	Ilimitado (3)
	Telemedicina	Ilimitado (3)
	Traslado de Pacientes	25%
	Area Protegida	Ilimitado (3)
	Tele Nutrición	Ilimitado (3)
	Tele Psicología (1)	Ilimitado (3)
	Servicio Dental (1)	Se ofrecen descuentos

Notas:

- Los chequeos anteriormente mencionados no cuentan con un período de espera.
- Chequeo Médico General no requiere preautorización,
- Chequeo Médico General se coordina directamente con el centro médico elegido que forme parte de la Red de Proveedores PALIMED, aplicando pago directo únicamente en proveedores PALIMED autorizados.
- Chequeo Médico General, se aplicarán condiciones de límite de beneficio, coaseguros, copagos y/o deducibles
- No se cubren condiciones preexistentes durante los primeros 3 meses.
- (1) Aplica un copago por servicio ₡5.000 + IVA. Aplica para enfermedades que requiera valoración sin que se encuentre en riesgo la vida. Estas enfermedades son mayormente conocidas como enfermedades agudas no urgentes tales como: resfriados, migraña, diarrea, etc.
- Se coordina la visita médica a domicilio sin problema siempre y cuando las condiciones de ingreso hacia el lugar (condiciones viales, de clima, seguridad y situaciones adversas como inundaciones, bloqueos, cierre de vías, etc.) lo permitan.
- (2) Servicio 24/7.
- (3) Requiere de coordinación previa para disfrutar del beneficio.

Aseguradora:



Corredor Seguros:



PLAN WELLNESS



Asistencia Wellness

ASISTENCIA FISIOTERAPIA	LIMITE	EVENTOS
Visita de un fisioterapeuta al domicilio o consultorio	1 hora	3
Consulta y localización de mejores precios para exámenes	Sin límite	Sin límite
ASISTENCIA NUTRICIONAL	LIMITE	EVENTOS
Asistencia presencial con especialista en Nutrición	1 hora	3
Información y orientación nutricional telefónica		
- Consejos nutricionales		
- Guía para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas		
- Información sobre contenido calórico de los alimentos o tabla de calorías	Sin límite	Sin límite
- Recetas especiales diabetes, sobrepeso o intolerantes a lactosa		
Referencia de especialistas en nutrición		
Descuentos en exámenes médicos (hemograma, exámenes de heces u orina, otros exámenes)		
ASISTENCIA WELLNESS	LIMITE	EVENTOS
Descuentos en gimnasios de la red	Sin límite	Sin límite
Descuentos en compra de artículos deportivos		
Prueba de rangos de movimiento		
Prueba de resistencia aeróbica	\$50	3
Pruebas de endurance		
Seguimiento trimestral de las pruebas		

Aseguradora:



Corredor Seguros:



BENEFICIO ESPECIAL DENTAL

Aplican para el Titular y dependientes asegurados elegibles

BENEFICIO		PLAN INTERNACIONAL
Máximo Anual Renovable por Año Calendario Combinado. Aplicable a los tipos I, II, III.		\$1.000
Deducible por Año Calendario por persona Asegurada para los Tipos I, II, III y IV		\$50
Máximo Deducible Agregado 3 por familia		
REEMBOLSOS		
Tipo I	Exámenes orales, profilaxis, aplicaciones de fluoruro, Rayos X, Pruebas de Laboratorios y otros exámenes para diagnósticos, sellantes.	80% No aplica Periodo de Espera
Tipo II	Sostenedores de espacio, tratamientos paliativos de emergencia, extracciones simples (rutinarias), calzas, extracciones quirúrgicas, cirugías orales, Alveolectomía, anestesia, inyecciones terapéuticas, restauración, endodoncia y periodontología.	80% Periodo de Espera de 3 meses
Tipo III	Incrustaciones, coronas, reparación de dentadura o puentes y prótesis.	50% Periodo de Espera 6 meses
Tipo IV	Ortodoncia Aplica únicamente para dependientes activos hasta el cumplimiento de los 25 años	50% Periodo de Espera 6 meses

Pago Directo en Plan Dental:

Para facilitar la utilización del Plan, PALIG pone a disposición una red de proveedores en donde únicamente deben cubrir coaseguros, deducibles o copagos estipulados en la póliza de seguro

El pago directo se ofrece en proveedores de la Red PALIGMED autorizados.

Todo procedimiento dental independiente del costo requiere de preautorización emitida por PALIG y la solicitud se debe procesar mediante el correo autorizacionescr@palig.com con 48 horas de anticipación.

Notas:

- Para los tratamientos preventivos TIPO I, los servicios de sellantes estarán limitados a niños de 14 años o menos, limitado a piezas dentales posteriores a las cúspides; no más de una aplicación por año calendario por pieza dental.
- Monto máximo anual elegible.
- Aplica el traslado de deducible de los últimos tres meses del año.
- Ortodoncia, incluyendo instrumentos y tratamientos correspondientes. El asegurado deberá proporcionar a PALIG información del tratamiento dental para revisión y preaprobación antes de dar inicio con el tratamiento. Para este beneficio aplica un periodo de espera de 6 meses contados a partir de la afiliación del Asegurado elegible para este beneficio y su amparo es vía Reembolso contándose con libre elección de profesional para obtener el beneficio

Tipo I - TRATAMIENTO PREVENTIVO

- Exámenes Orales – exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- Profilaxis – incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo Asegurado.
- Rayos X – incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un periodo de tres años; y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.
- Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.
- Sellantes:
 - Limitados a piezas dentales posteriores a las cúspides, y
 - No más de una aplicación por Año Calendario por pieza dental

Aseguradora:



Corredor Seguros:



Tipo II - TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- A. Mantenedores de espacio
- B. Tratamiento paliativo de emergencia
- C. Extracciones simples (rutinarias)
- D. Extracciones quirúrgicas
- E. Cirugía oral (ver tabla de procedimientos incluidos)
- F. Alveolectomía
- G. Anestesia
- H. Inyecciones terapéuticas
- I. Restauración – calza posterior o anterior, relleno de amalgama o proceso sintético, pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - 1. Corona
 - 2. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- J. Endodoncia
- K. Periodontología
 - 1. El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el Cuadro de Seguro, y
 - 2. El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario, no excederá en ningún caso el Máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Seguro.

Tipo III - SERVICIOS MAYORES

- A. Incrustaciones
- B. Coronas
- C. Reparación de dentadura y puente
- D. Prótesis – incluyendo puentes y dentaduras
 - 1. La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
 - a) Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo esta Póliza;
 - b) La instalación o adición arriba mencionadas incluya la reposición de dicho diente extraído; y
 - c) El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción. El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, sólo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
 - 2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo esta Póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de: una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.
 - 3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que: el reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

TIPO IV- SERVICIOS MAYORES

- 4. A partir del séptimo mes de cobertura. El asegurado deberá proporcionar a la compañía de seguros información del tratamiento dental para revisión y aprobación 90 días antes del tratamiento.
- 5. Ortodoncia aplica para todos los empleados y sus dependientes

EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Cargos por Tratamientos Dentales:

- 1. Gastos por servicios o suministros que hayan sido proporcionados al Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un Cargo al Asegurado, por el cual esté legalmente obligado a pagar.
- 2. Cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un odontólogo o clínica contratados para o por cualquier organización de esa índole.
- 3. Cargos por cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al Asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.

Beneficios Póliza Colectiva N° 583
Gastos Médicos – Dentales & Vida

Aseguradora:



Corredor Seguros:



4. Cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
5. Cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de esta Póliza.
6. Cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
7. Cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de los tres (3) meses siguientes a su instalación.
8. Cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
9. Cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placas.
10. Cargos por protectores bucales atléticos.
11. Cargos por coronas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónicas.
12. Cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Cargos cobrados por el odontólogo en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología y por las coronas que se requieran.
15. Cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental.
16. Cargos por tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
17. Tratamientos, suministros o servicios que son considerados experimentales o de investigación.

Aseguradora:



Corredor Seguros:



COBERTURA DE VIDA

BENEFICIOS	PLAN INTERNACIONAL
Seguro de Vida <ul style="list-style-type: none"> - Considera adelanto del 50% del monto por Enfermedad Grave Terminal - Considera beneficio de adelanto por \$2.000 para Gastos Funerarios 	
Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la vista accidental	\$10.000
ITP (Incapacidad Total y Permanente)	

Beneficio de Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental

En caso de muerte accidental, la Compañía pagará a los beneficiarios designados un beneficio adicional a la suma del seguro de vida básico, siempre y cuando el Certificado Individual respectivo esté vigente, o al propio asegurado el porcentaje correspondiente a la suma asegurada de la siguiente manera:

Tipo de Pérdida	Porcentaje
La vida	100%
Ambos brazos o ambas manos	100%
Ambas piernas o pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Un brazo o una mano junto con una pierna o un pie	100%
Un brazo o una pierna junto con la pérdida irreparable de la vista de un ojo	100%
Parálisis incurable que impida todo trabajo	100%
Un brazo	65%
Una pierna	65%
Pérdida irreparable del habla	50%
Sordera total e incurable de ambos oídos	50%
Una mano	50%
Un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Dedo pulgar o índice de una mano	25%
Dedo de la mano	6%
Dedo gordo del pie	8%
Cualquier otro dedo del pie	4%

Aseguradora:



Corredor Seguros:



Por Pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado. El agregado de todos los porcentajes pagaderos con respecto a algún accidente no podrá exceder el 100% de la cantidad de seguro para esta cobertura.

DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL

Si las pérdidas accidentales ocurren en las siguientes circunstancias, el seguro pagará el triple de lo que regularmente lo haría:

- Viajando como pasajero en un transporte público no aéreo, y que preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
- Viajando como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio de acceso público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio.

CONSIDERACIONES FINALES

Fisioterapia

Las Fisioterapias deben de ser preautorizadas, aunque estas se gestionen vía reembolso. Es importante considerar que el primer ciclo no requiere preautorización y el pago de las fisioterapias se efectuará de acuerdo al protocolo de terapia física vigente, ya sea que se tramiten por reembolso como por pago directo. En pago directo no aplica deducible

Cobertura fuera de la Red: para consulta médicas fuera de la red de proveedores, las mismas serán cubiertas por reembolso, de acuerdo con el tope máximo, copagos y/o coaseguros establecidos en la póliza. Todos los otros gastos efectuados fuera de la red de proveedores de Palig se reembolsarán al coaseguro cotizado después del deducible según tarifario Palig.

Pre-Autorizaciones

En casos de intervenciones quirúrgicas programadas, procedimientos programados, tratamientos, medicamentos, estudios de diagnósticos (Lab, RX, RM, TAC), cuyo costo unitario sea igual o mayor a los \$500; el asegurado deberá solicitar preautorización a PALIG, con al menos 5 días de antelación a la fecha programada del procedimiento.

PALIG podría solicitar información, documentación o estudios adicionales, según lo considere o requiera para documentar y validar la cobertura solicitada.

De igual forma, si se requiere, PALIG puede solicitar una segunda valoración médica con otro especialista, para verificar el diagnóstico y/o el procedimiento a realizar.

En caso de no Pre-autorizar, de acuerdo con lo anterior, la compañía de seguros podría reducir el porcentaje de cobertura hasta en un 50%.

Límite de Coaseguro Centroamérica

Reembolso por Año Calendario para todos los gastos elegibles incurridos mientras se encuentre hospitalizado, después que el deducible haya sido aplicado.

Se ampara el 90% de los primeros \$25.000 de gastos elegibles incurridos por el Asegurado, o de los primeros \$75.000 de gastos elegibles incurridos por núcleo familiar asegurado. Una vez superados esos umbrales se ampara el 100% de los gastos elegibles subsiguientes, incurridos mientras se encuentre hospitalizado.

Desembolso máximo por persona \$5.000; Desembolso máximo por núcleo familiar \$15.000

Límite de Coaseguro Internacional

Reembolso por Año Calendario para todos los gastos elegibles incurridos mientras se encuentre hospitalizado, después que el deducible haya sido aplicado.

Se ampara el 90% de los primeros \$50.000 de gastos elegibles incurridos por el Asegurado, o de los primeros \$150.000 de gastos elegibles incurridos por núcleo familiar asegurado. Una vez superados esos umbrales se ampara el 100% de los gastos elegibles subsiguientes, incurridos mientras se encuentre hospitalizado.

Desembolso máximo por persona \$5.000; Desembolso máximo por núcleo familiar \$15.000

Condiciones Catastróficas

Se cubrirán al coaseguro cotizado correspondiente después de completar el deducible correspondiente todos aquellos gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos: Hemodinámica, Neurocirugía, Insuficiencia Renal Crónica, Cirugía de corazón abierto, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios), Trasplante de órganos, Politraumatismo, Casos de Oncología (Radio y Quimioterapia), Cuidado Crítico Neonatal (de acuerdo a lo indicado en el cuadro de beneficios) y Exámenes de Resonancia Magnética.

Aseguradora:



Corredor Seguros:



Condiciones Pre-Existentes

Se refiere a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad, presente al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo de un asegurado, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o aquella condición que según la experiencia médica indique que tal condición se inició antes de la fecha efectiva del seguro.

Urgencias por Enfermedad

Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en la sala de emergencias de un hospital, únicamente por las siguientes enfermedades: Crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), enfermedades del sistema respiratorio, fiebre alta continua en menores de seis (6) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento u obnubilación, dolor abdominal agudo (Abdomen quirúrgico, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, entre otros), cólico biliar/colocistitis aguda, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas (incluye Neumonía), deshidratación moderada-severa, intoxicación aguda, cólico nefro uretral, trombosis, gastroenteritis (vómito o diarreas), convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma, cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos, mordedura de animales, esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, heridas cortantes, corto punzantes, contusas y por arma de fuego, escroto agudo, descompensación diabética aguda.

Si la persona genera gastos por servicios de urgencias dentro o fuera de la red, por una incapacidad no listada, deberá cancelar la totalidad de los gastos incurridos, y serán reembolsados de acuerdo con los costos negociados en la Red por los servicios ambulatorios de consulta externa, laboratorios, medicamentos, imágenes, etc. que defina el cuadro de beneficio. No serán cubiertos los gastos inherentes a la utilización del cuarto de urgencias

Enfermedades Listadas bajo Atención Primaria de Salud Integral:

Crisis hipertensiva sin lesión a órgano blanco, Descompensación diabética simple, Hipoglicemia, Reacción atópica sistémica leve, Reacción atópica sistémica moderada – severa, Prostatitis, Infección aguda de vías respiratorias (Cuadro gripal), Crisis asmática, Bronquitis aguda, Neumonía no complicada, Cuadro Febril en niño (menor a 38.5°C), Cuadro Febril en niño (mayor a 38.5°C), Faringoamigdalitis adultos, Faringoamigdalitis purulenta muy sintomática (adultos), Gonalgia (dolor de rodilla) unilateral o bilateral, Rinitis alérgica aguda, Dolor abdominal agudo, Cólico biliar, Colangitis aguda, Enfermedad diarreica aguda - Enterocolitis aguda sin deshidratación, Enfermedad diarreica aguda - Enterocolitis aguda con deshidratación > 5% (adulto), Enfermedad diarreica aguda con deshidratación > 5% (niño), Epigastralgia (Gastritis aguda) con Enfermedad de reflujo gastroesofágico, Sinusitis aguda, Traumatismo con dolor moderado – intenso, Dermatitis aguda, Otitis externas y medias agudas, Hemorroides con dolor moderado – intenso – sangrantes – no trombosadas, Cefalea migrañosa aguda, Infección del tracto urinario no complicada, Cólico renoureteral, Síndrome de intestino irritable (colitis aguda con estreñimiento o diarrea y canalizando gases), Dolor abdominal agudo intenso con estreñimiento y pobre canalización de gases, Conjuntivitis aguda (infecciosa o alérgica), Tos alérgica persistente, Esguinces y torceduras (grado 1-2), Cervicalgia con o sin contractura, Otras contracturas musculares con o sin desgarre, Lumbalgia posturo mecánica sin manifestaciones neurológicas, Lumbalgia posturo mecánica con manifestaciones neurológicas y Hepatitis.

Cobertura Centroamérica

Se cubren gastos dentro de la Red de Proveedores, de lo contrario, el asegurado deberá pagar el total de los gastos y posteriormente deberá presentar su reclamación para reembolso, donde se aplicarán como razonables y acostumbrados al máximo que cubre la red de proveedores de Costa Rica al coaseguro correspondiente después del deducible.

Compromiso de reintegro

El patrono será responsable del reembolso a la Compañía de los gastos elegibles incurridos por empleados cesados a quienes no les haya sido retenido el carnet, o a dependientes excluidos de la póliza por edad.