

ICA-CIDIA

Dirección de Recursos Humanos

3 FEB 1982

**PROGRAMA DE SEGUROS
COLECTIVO**

**ad de Derechos y Obligaciones
del Personal**



Julio 1979

1951 11 14



IICA-CID

00005454

24 FEB 1982

IICA

F30

664.

Dirección de Recursos Humanos

**PROGRAMA DE SEGUROS
COLECTIVO**

**Unidad de Derechos y Obligaciones
del Personal**



Julio 1979

	Pág.
Prólogo	1
Mensaje del Director General	2
Programa de Seguros Colectivo del IICA (pólizas)	3
Programa de Seguros Colectivo del IICA	3
Quiénes pueden participar?	3
Cómo puedo participar en los seguros?	4
Cuándo termina la cobertura de los seguros?	4
Distribución del Pago de Primas	5
Seguro de Vida Básico	5
Muerte Accidental y Beneficios de Desmembramiento	5
Seguro de Vida Básico, Muerte Accidental y Desmembramiento	6
Privilegio de Conversión	6
Dispensa del pago de primas	6
Seguro de Vida Básico, Muerte Accidental y Desmembramiento para Personal Retirado	6
Seguro de Salud y Gastos Médicos de Mayor Cuantía	7
Resumen de beneficios	7, 8, 9, 10
Beneficio Máximo de Gastos Médicos de Mayor Cuantía	10
Deducible Anual	10
Gastos que exceden 10% del sueldo básico anual	11
Gastos aceptados dentro de Gastos Médicos de Mayor Cuantía	11
Gastos no Cubiertos	12
Seguro Colectivo Dental	13
Gastos Dentales Cubiertos	14
Exclusiones	15
Seguro Contra Incapacidad Prolongada	17
Seguro de Vida Adicional para Funcionarios y Vida para Dependientes	17
Privilegio de Conversión (Funcionario)	18
Dispensa de Primas (Funcionario)	18
Plan Colectivo Permanente de Vida (GTO)	18
Dispensa del Pago de Primas	19
Terminación del Empleo	19
Plan Colectivo de Indemnización por Accidente	19
Indemnización por Accidente	20
Indemnización Semanal por Accidentes (únicamente funcionarios)	20
Beneficio de Incapacidad Total Permanente (únicamente funcionarios)	20
Funcionarios Retirados	20
Exclusiones	20

Plan Colectivo de Seguro para Automóviles	20
I. Riesgo	21
A. Responsabilidad Civil	21
B. Daños a la Propiedad	21
II. Daños al Propio Vehículo y Colisión	21
A. Daños al Propio Vehículo (excluye Colisión o Vuelco)	21
B. Colisión o Vuelco	22
Plan Colectivo de Seguro para Propietarios y Arrendatarios de Casas	22
Cantidad Asegurada	23
Cobertura Adicional	23
Deducible y Beneficios	24
Riesgos Cubiertos	24
Presentación de Reclamos	25
Reclamos del Seguro de Vida Básico	25
Reclamos del Seguro de Salud	25
Declaración del Médico	26
Comprobantes de Gastos	26
Reclamos Dentales	29
Reclamos por Incapacidad Prolongada	30
Reclamos por Accidentes	30
Reclamos Seguro de Automóviles	30
Reclamos Bajo Seguro para Propietarios y Arrendatarios de Casas	32
Anexo "A" – formulario "Declaración de Gastos e Informe del Médico por Servicios Médicos Ocupacionales y No-ocupacionales"	33
Anexo "B" – formulario "Informe del Odontólogo"	34
Anexo "C" – formulario "Employer's Notice of Group Accident and Health Claim"	35
Anexo "D" – formulario "Informe sobre Pérdidas en Accidente Automovilístico"	36



PROLOGO

Este folleto se ha preparado para el uso de los empleados y sus dependientes reconocidos y describe el Programa de Seguros Colectivo del IICA.

Se trata tan solo de un resumen de los diferentes seguros disponibles. Copia de las pólizas se encuentran archivadas en las diferentes oficinas para su consulta.

Si usted tuviera alguna duda que no puede ser aclarada por este folleto, diríjase al encargado de los asuntos de seguros en su oficina o comuníquese con la Dirección de Recursos Humanos, IICA, Apartado Postal No. 55, Coronado, San José, Costa Rica.

MENSAJE DEL DIRECTOR GENERAL

A nuestros funcionarios:

El programa de seguros colectivo descrito en las siguientes páginas, representa uno de los más amplios que haya sido preparado para funcionarios de una organización internacional como el IICA.

Además del Seguro Básico de Vida y el de Salud, usted también puede asegurar a sus dependientes reconocidos, aprovechándose así del grupo de valiosos planes, a un costo razonablemente bajo.

Insto a todos los compañeros para que aprovechen este programa singular de seguros colectivo.

Si existen algunas dudas con respecto de alguno de los seguros, en las oficinas nacionales del IICA habrá un funcionario que lo podrá ayudar.

Sinceramente,



**José Emilio G. Araujo
Director General**

PROGRAMA DE SEGUROS COLECTIVO DEL IICA

Life Insurance Company of North America (INA)

- Seguro de Vida Básico
- Seguro de Salud y Protección contra Gastos Médicos de Mayor Cuantía
- Seguro Dental
- Seguro contra Incapacidad Prolongada
- Seguro de Vida Adicional para funcionarios y Vida para Dependientes
- Seguro Ordinario de Vida a Plazo Fijo (GTO)

Inter-American Assurance Company

- Seguro contra Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista

American International Underwriters (AIU)

- Seguro para Automóviles
- Seguro para Propietarios y Arrendatarios de Casas

**Agente Asegurador
Wright International, Ltd.**

PROGRAMA DE SEGUROS COLECTIVO DEL IICA

Quiénes pueden participar?

Todos los miembros del Personal Profesional Internacional hasta la edad de 65 años y sus dependientes reconocidos pueden participar en este programa.

Los hijos dependientes solteros, entre la edad de 14 días hasta los 19 años (o hasta los 25 si es estudiante de tiempo completo), pueden participar en el Seguro de Salud y Protección contra Gastos Médicos de Mayor Cuantía, en el Seguro Dental, el Seguro de Vida para Dependientes y el Seguro contra Muerte Accidental. Los hijos recién nacidos están cubiertos bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía desde el primer día de nacimiento exceptuando las visitas de rutina pos-natales al consultorio.

La cobertura de los hijos con deficiencias físicas o mentales corre por tiempo indefinido.

La cobertura de la esposa e hijos dependientes y la participación en los diferentes planes de seguros es optativa. Las primas correspondientes son deducidas del sueldo mensual del funcionario.

Cómo puedo participar en los seguros?

Los formularios de solicitud se pueden obtener de la Dirección de Recursos Humanos.

Todo funcionario nuevo tiene un plazo de 30 días para ingresar al programa de seguros. El funcionario que al ser contratado por el IICA fuera soltero, podrá cubrir a su cónyuge y dependientes en fecha posterior. Tendrá un plazo de 30 días para incluir a cualquier nuevo dependiente.

El funcionario y los miembros de su familia tendrán que presentar evidencia de asegurabilidad al solicitar su participación en los Seguros de Vida o de Salud después de los períodos indicados anteriormente. No obstante, todo funcionario que desee participar en el Seguro de Vida Adicional tendrá que presentar evidencia de asegurabilidad en el momento de solicitar esa cobertura.

Cuándo termina la cobertura de los seguros?

Los Seguros de Salud, Incapacidad Prolongada, Dental y de Vida correrán por 30 días más a partir de la fecha del último día de su contratación con el IICA.

El Seguro de Vida Básico y el de Vida Adicional continuarán cubriendo al funcionario durante un período adicional de gracia de 31 días, durante el cual podrá Ud. convertirlos a un Plan de Seguro de Vida Individual.

La cobertura de su Seguro contra Muerte Accidental termina el último día de su contratación, a no ser que el funcionario haya solicitado un período adicional de antemano.

La cobertura del Seguro de Automóviles termina en la fecha que el funcionario lo solicite durante su empleo con el IICA o a partir del último día de trabajo.

El Seguro de Propietarios y Arrendatarios de Casas y el Seguro de Vida Ordinario a Plazo Fijo

(GTO) pueden continuar aún después de la fecha de terminación de su empleo con el IICA. Comuníquese directamente con Wright and Company, 1001 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C. 20036, para los detalles de esa continuación.

DISTRIBUCION DEL PAGO DE PRIMAS

Póliza	Pagado por IICA	Pagado por Funcionario
1. Seguro de Vida Básico (Personal Profesional Internacional)	50%	50%
2. Seguro de Salud a) Empleado casado con dependientes	50%	50%
b) Empleado soltero, viudo, o divorciado (sin dependientes reconocidos)	25%	75%
3. Seguro contra Muerte Accidental (Personal Profesional Internacional) (A-101)	100% US\$ 10.000 de cobertura	100% de cantidades en exceso de US\$ 10.000
Para Dependientes Reconocidos	—	100%
4. Seguro de Vida Básico (personal local) US\$ 2.000,00	100%	—
5. Seguro de Incapacidad Prolongada	—	100%
6. Seguro de Vida Adicional para Empleados	—	100%
7. Seguro de Vida para Dependientes	—	100%
8. Seguro Dental	—	100%
9. Seguro de Automóviles	—	100%
10. Seguro Ordinario de Vida a Plazo Fijo (GTO)	—	100%
11. Seguro para Propietarios y Arrendatarios de Casas. (La correspondiente suma mensual es pagada directamente por el funcionario a Wright International, Ltd.)	100%

SEGURO DE VIDA BASICO

El Personal Profesional Internacional está cubierto de acuerdo con el sueldo básico anual ajustado al próximo millar más alto, multiplicado por tres, hasta la edad de 65 años; multiplicado por 1,5 hasta la edad de 70 años y por uno, de 70 años en adelante.

Por ejemplo, el funcionario que ganará US\$ 10.500,00 anualmente, tendría una cobertura de US\$ 33.000,00.

Muerte Accidental y Beneficios de Desmembramiento

El plan del Seguro de Vida Básico también incluye cobertura por la pérdida accidental de la vida, de la vista y el desmembramiento.

Lo anterior indica que el beneficiario designado por el asegurado recibiría el doble de la cobertura del Seguro de Vida Básico si muere en forma accidental. Utilizando el ejemplo anterior, el beneficiario recibiría la suma de US\$ 66.000,00.

Si como resultado de un accidente, el asegurado pierde un miembro o un ojo, éste recibiría el 50% de la cobertura por muerte natural.

Si la pérdida accidental fuera por más de un miembro u ojo, el seguro pagaría el 100% del beneficio por muerte natural.

Este plan está sujeto a ciertas exclusiones para determinar beneficios por accidente, tales como la guerra; el suicidio o el intento del mismo; y como piloto de avión. (Consulte la póliza para ver lista completa de exclusiones).

Seguro de Vida Básico, Muerte Accidental y Desmembramiento

Todos los miembros del Personal Nacional Profesional y de Servicios Generales nombrados por tiempo indefinido están asegurados por un máximo de US\$ 2.000,00 bajo el seguro de Vida Básico, cuya prima mensual es pagada 100% por el IICA.

Privilegio de Conversión

Cuando su empleo con el IICA termine, usted podrá convertir su seguro de Vida Básico en un plan individual corriente, teniendo para ello un plazo de 31 días, sin la necesidad de someterse a examen médico. La prima correspondiente a esta conversión será establecida de acuerdo con su edad en el momento de hacer la conversión.

Dispensa del pago de primas

Si estando cubierto bajo esta póliza antes de alcanzar la edad de 60, sufriera una incapacidad total, la compañía de seguros pagará sus primas después de transcurrido un período de espera de nueve meses.

Seguro de Vida Básico, Muerte Accidental y Desmembramiento para Personal Retirado

Todo miembro del Personal Profesional Internacional que al 1° de noviembre de 1975 tuviera más de 45 años de edad y que haya estado al servicio del IICA por un mínimo de diez años, podrá continuar su cobertura al retirarse de acuerdo con lo siguiente:

Edad	Cobertura Seguro de Vida
45-54	US\$ 12.000,00
55-59	10.000,00
60-64	7.500,00
65-69	5.000,00
70-74	2.500,00

Los beneficios de este seguro terminan al llegar a los 75 años o al ser contratado por otra organización tiempo completo y fuera elegible para los beneficios de un seguro de vida de esa empresa.

SEGURO DE SALUD Y GASTOS MEDICOS DE MAYOR CUANTIA

Todos los miembros del Personal Profesional Internacional y sus dependientes reconocidos pueden acogerse a los beneficios del Seguro de Salud y Gastos Médicos de Mayor Cuantía. También puede quedar amparado por este beneficio, el personal que antes de retirarse haya expresado su deseo de continuar con el mismo. Estos podrán continuar disfrutándolo hasta la edad de 75 años.

A continuación se detallan los beneficios del Seguro de Salud. Para mayores detalles sobre los beneficios de este seguro deberá consultar la póliza o dirigirse directamente a Wright and Company.

1. Gastos Hospitalarios

- Si el asegurado fuera hospitalizado en los Estados Unidos o en el Canadá, los beneficios básicos correspondientes serían pagados a base de pensión semiprivada.
- Si fuera hospitalizado en países de América Latina o área del Caribe, los beneficios básicos serían hasta de US\$ 75.00 diarios por la pensión.
- **NOTA:** Con excepción de los gastos de cirugía o de gastos causado como consecuencia de un accidente, todos los servicios de Consulta Externa hospitalaria, se cubren bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía.
- Los beneficios básicos permitidos para cubrir la pensión mencionada anteriormente y gastos misceláneos de hospitalización: hasta US\$ 7.500 por persona, por cada período de internamiento, se pagan en un 100%.
- Los gastos de hospitalización que excedan el beneficio básico serán pagados bajo la cobertura de Gastos Médicos de Mayor Cuantía: aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo.

2. Anestesia

- **Beneficio Básico:** Suma fijada de acuerdo con la escala de procedimientos quirúrgicos o US\$ 40,00, o la cantidad que resulte mayor, se haga al 100%.
- Los gastos que exceden el **Beneficio Básico** serán pagados bajo **Gastos Médicos de Mayor Cuantía:** menos deducible anual, pagándose el 80% del saldo.

3. Cirugía

- **Beneficio Básico:** US\$ 1.800,00 máximo. Se paga el 100% de acuerdo con suma fijada en la escala de procedimientos quirúrgicos. Caso de que hubiera más de una intervención quirúrgica, se pagará el costo más alto.
- Los gastos en exceso del beneficio básico son pagados bajo **Gastos Médicos de Mayor Cuantía:** aplicando el deducible anual y pagando el 50% del saldo.
- La escala de procedimientos quirúrgicos mostrando el valor unitario por cada intervención se encuentra archivada en la Dirección de Recursos Humanos.

4. Cirujano Asistente

- **Beneficio Básico:** hasta un 25% del beneficio básico cubierto al cirujano, se paga al 100%.
- Los gastos en exceso del **Beneficio Básico** son pagados bajo **Gastos Médicos de Mayor Cuantía:** aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo.

5. Honorarios de Facultativo durante permanencia en hospital

- **Beneficio Básico:** el 100% hasta US\$ 8,00 diarios.
- **Período máximo de beneficio:** 31 días por persona por cada período de hospitalización.
- Los gastos en exceso del **Beneficio Básico** son pagados bajo **Gastos Médicos de Mayor Cuantía:** aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo.

6. Radiografías y Exámenes de Laboratorio

- **Beneficio Básico: 100% hasta US\$ 100,00 por cada período anual, por persona.**
- **Los gastos en exceso del Beneficio Básico se pagan bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía: aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo.**

7. Servicio de Ambulancia

- **Beneficio Básico: 100% hasta US\$ 25,00 por cada incidente.**
- **Los gastos en exceso del Beneficio Básico se pagan bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía: aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo.**

8. Maternidad

- **Parto Normal: 100% hasta US\$ 200,00.**
- **Cesárea: 100% hasta US\$ 400,00.**
- **Aborto o Pérdida: 100% hasta US\$ 100,00.**
- **El Beneficio de Gastos Médicos de Mayor Cuantía no cubre gasto alguno por estos conceptos.**
- **El Beneficio Básico cubre a la esposa del funcionario o a funcionaria casada si ha estado asegurada durante nueve meses (es decir que el estado de embarazo se haya iniciado después de haber quedado cubierta por la póliza).**

9. Otros Gastos Cubiertos (Recetas, medicamentos, enfermera asistente, visitas al consultorio médico, servicio de enfermera privada, etc.)

- **Estos gastos son pagados bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía: aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo**

10. Gastos Adicionales por Accidente

Se indemniza el 100% hasta US\$ 150.000 por persona por gastos incurridos durante las primeras 72 horas después de haber sufrido un accidente, si dichos gastos no están cubiertos bajo algún Beneficio Básico (pero que sí están cubiertos bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía) aún cuando la persona no haya sido hospitalizada.

11. Tratamiento Psiquiátrico

- Se reconocen hasta 15 visitas durante el período anual de la póliza bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía.
- Esos gastos están sujetos al deducible anual, pagándose el 50% del saldo, con un pago máximo de US\$ 20,00 por visita.
- Se reconocen otros gastos incurridos para el tratamiento psiquiátrico, tales como medicamentos (que hayan sido prescritos por facultativo) los cuales están cubiertos bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía: aplicando el deducible anual y pagando el 50% del saldo.
- Cuando se incurra en gastos psiquiátricos como consecuencia de internamiento hospitalario, la indemnización se hará bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía: aplicando el deducible anual y pagando el 80% del saldo restante.

Beneficio Máximo de Gastos Médicos de Mayor Cuantía

El límite máximo, por persona, durante toda la vida del asegurado, o sea, mientras participe en el plan, es de US\$ 250.000,00. Al final de cada año de vigencia de la póliza, habrá un reintegro de US\$ 3.000,00 para compensar las cantidades usadas durante el período transcurrido.

Deducible Anual

Para tener derecho al beneficio de Gastos Médicos de Mayor Cuantía, el funcionario debe haber satisfecho un deducible anual calculado a base del 1% sobre el sueldo básico anual redondeando al próximo millar.

Los dependientes reconocidos también deben satisfacer un deducible anual igual al del funcionario.

Cuando ese deducible anual familiar haya sido descontado en su totalidad, se considerará satisfecho para todos los dependientes reconocidos del funcionario.

Las cantidades acreditadas para satisfacer el deducible anual del funcionario no pueden ser aplicadas al deducible anual de los dependientes o viceversa.

Los gastos cubiertos bajo Gastos Médicos de Mayor Cuantía incurridos durante los últimos tres

meses del período anual de la póliza que se apliquen para satisfacer todo o parte del deducible anual, pueden también ser acreditados para satisfacer parte o todo el deducible anual del siguiente período de la póliza.

Gastos que exceden 10% del sueldo básico anual

Cuando un funcionario haya alcanzado en reclamos de salud, suyos y de sus dependientes, más del 10% de su sueldo básico anual, el Seguro de Salud pagará a partir de ese momento el 100% de todos los gastos en que incurra todo el grupo familiar por el resto del período anual de la póliza.

Gastos aceptados dentro de Gastos Médicos de Mayor Cuantía

Los gastos cubiertos bajo este beneficio, exceptuando los que se detallan en la lista de "exclusiones", son los siguientes:

- a. Gastos de hospital por habitación y alimentación, incluyendo cama para acompañante (excepto en Estados Unidos de América y en Canadá) hasta por las cantidades especificadas en la póliza.
- b. Servicios misceláneos de hospitalización.
- c. Honorarios de facultativos durante permanencia en hospital.
- d. Servicios de fisioterapeuta, que no sea miembro de la familia, ni viva bajo el mismo techo del asegurado.
- e. Servicios de enfermera que no sea miembro de la familia, ni viva bajo el mismo techo del asegurado.
- f. Anestésicos y la administración de los mismos.
- g. Artículos médicos incluyendo drogas y medicinas recetadas por facultativo y suministrados por farmacéutico autorizado; sangre y plasma; prótesis que sean necesarias por incapacidad que haya sido iniciada mientras el individuo estaba cubierto por el seguro; vendajes quirúrgicos; yesos; muletas; férulas; bragueros y otros aparatos especiales y ayudas de tipo mecánico.

- h. Alquiler de pulmón de hierro, silla de ruedas, cama tipo hospital y de otros servicios, artículos y equipos similares.**
- i. Servicio profesional local de ambulancia al hospital y regreso a residencia.**
- j. Tratamiento de Rayos X y exámenes de radiografías (no están cubiertos radiografías dentales ni para exámenes generales).**
- k. Exámenes o análisis de laboratorio o al microscopio.**
- l. Atención dental de dentadura propia que haya sufrido daño accidentalmente, estando cubierto por el seguro y cuyo tratamiento haya sido proporcionado por un dentista o cirujano dental legalmente facultado, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.**
- m. Cirugía plástica dentro de los 90 días siguientes a un accidente que ocurra estando el individuo cubierto por el seguro y que sea necesario practicarle como resultado de las heridas sufridas en accidente. (Se podrá conceder tiempo adicional para dicha intervención a solicitud del cirujano).**

Gastos no cubiertos

Quedan excluidos de los Gastos Médicos de Mayor Cuantía, los siguientes casos:

- a. El internamiento o tratamiento que se reciba en hospital o clínica del Estado por cuyos servicios no se cobra, o por medio de algún programa público por cuyos servicios generalmente no se cobra.**
- b. Exámenes médicos de rutina, exámenes de la vista y de oídos o anteojos y aditamentos auditivos recetados.**
- c. Atención dental, excepto los casos específicamente cubiertos por el seguro.**
- d. Incapacidades causadas por guerra o acto de guerra, sea declarada o no.**
- e. Gastos relacionados con el alcoholismo o con el hábito de ingerir narcóticos.**

- f. Atención de rutina o tratamiento por pediatra a niño recién nacido (ver la póliza para las excepciones de esta exclusión).
- g. (Exceptuando los Beneficios Básicos específicamente cubiertos por la póliza) el embarazo, exceptuando la toxemia, acompañado de convulsiones, vómito pernicioso o embarazo extrauterino que requiere cirugía intraabdominal, siempre y cuando la paciente haya estado cubierta por el seguro al quedar embarazada.
- h. Gastos por beneficios o servicios cubiertos por otro plan de seguro colectivo por cuyo concepto el patrono está pagando contribuciones solo si los beneficios relacionados con los cargos se refieren a algún tipo considerado como Gastos Médicos Cubiertos.
- i. Gastos provenientes de una incapacidad por la cual el asegurado haya recibido tratamiento o haya incurrido en gastos dentro de un plazo de tres meses anteriores a la fecha en que su seguro entró en vigencia. Se tendrá derecho a beneficios por un estado preexistente al cabo de un período de tres meses que termina mientras el individuo esté asegurado y durante el cual no haya recibido ni haya incurrido en otros gastos por ese mismo padecimiento. Sin embargo, cuando el interesado haya estado asegurado durante 12 meses, se pagarán los beneficios sea cual fuera el tratamiento médico o la hospitalización.

SEGURO COLECTIVO DENTAL

Todos los miembros del Personal Profesional Internacional y sus dependientes reconocidos que participen en el Seguro de Salud y de la protección contra Gastos Médicos de Mayor Cuantía, podrán participar en el Seguro Dental.

Este plan proporciona un beneficio máximo de US\$ 1.000,00 por persona, por cada período anual de la póliza. Tiene un deducible anual por persona asegurada de US\$ 50,00. Una vez que el deducible haya sido satisfecho, los beneficios son los siguientes:

- a. Primer año de participación: Se reconoce el 70% de todos los gastos "acostumbrados y razonables" (de acuerdo con una lista preparada al respecto que está archi-

vada en la Dirección de Recursos Humanos) por tratamiento dental habitual, excepto el tratamiento protético y de ortodoncia. Esos procedimientos no están cubiertos durante el primer año de participación del asegurado.

- b. Segundo y subsiguientes años de cobertura: Se reconoce el 80% de todos los gastos "acostumbrados y razonables" por tratamiento dental habitual y de un 50% de los gastos "acostumbrados y razonables" por tratamiento protético y de ortodoncia.

Cualquier tratamiento dental que fuera requerido como resultado de un accidente será cubierto por el Seguro de Salud y bajo el beneficio de Gastos Médicos de Mayor Cuantía. Es preciso, sin embargo, que el individuo haya estado asegurado antes de la fecha del accidente.

Gastos Dentales Cubiertos

Sujeto a la sección de "exclusiones", los gastos de tratamiento dental cubiertos a continuación son los "acostumbrados y razonables" por servicios efectuados, recomendados y aprobados por dentista facultado, a saber:

- a. Exámenes orales, incluyendo limpieza y descama dental no más frecuente que cada seis meses dentro de un período consecutivo.
- b. Tratamiento tópico de sodio o de fluoruro estañoso.
- c. Radiografías dentales.
- d. Extracciones.
- e. Cirugía oral.
- f. Incrustaciones y amalgamas.
- g. Coronas y la instalación inicial de puentes fijos que reemplazan uno o más dientes naturales (puentes fijos se pagarían después del primer año de cobertura — ver la sección de exclusiones).
- h. Tratamiento de periodoncia y otras enfermedades de las encías y del tejido bucal.

- i. El tratamiento de endodoncia, incluyendo la terapia de raíz por canal.
- j. Instalación inicial de dentadura postiza removible parcial o total o de puentes fijos, o el agregar dientes a una dentadura parcialmente removible o a un puente para reemplazar las piezas naturales extraídas solo cuando la dentadura postiza o el puente haya sido instalado cinco años antes de su reemplazo y no puede ser reparada (el pago de prótesis tan solo queda cubierto después de transcurrido el primer año — ver exclusiones).
- k. Procedimientos de diagnóstico y tratamiento de ortodoncia consistente en terapia quirúrgica, terapia con prótesis y terapia funcional y miofuncional (incluyendo exámenes orales relacionados, cirugía y extracciones) suministrados a hijos dependientes que no han alcanzado la edad de 19 años (los procedimientos y tratamientos de ortodoncia están cubiertos después del primer año de cobertura — ver sección de exclusiones).

Exclusiones

Los gastos incurridos como resultado de los siguientes servicios dentales, no están incluidos dentro de los beneficios cubiertos bajo este plan:

- a. Servicios o materiales con finalidad estética, o la reparación de malformaciones congénita con finalidad estética, excepto gastos por procedimientos dentales estéticos efectuados como resultado de y dentro de un período de 12 meses de haber sufrido un accidente, habiendo estado cubierto bajo el plan.
- b. Prótesis y tratamiento de ortodoncia (incluyendo tratamiento para la corrección de maloclusión) y tratamiento periodóntico efectuado y suministrado a individuo asegurado durante los primeros 12 meses a la fecha de ingreso al plan del Seguro Dental.
- c. Cualquier procedimiento dental que no haya sido iniciado y completado mientras haya estado cubierto bajo el Seguro Dental, excepto gastos por prótesis ordenado y preparado a la media mientras estaba

asegurado siempre que la entrega de dicha prótesis se efectúe dentro de los 31 días siguientes a la exclusión de la cobertura dental.

- d. Procedimientos dentales que no hayan sido efectuados por dentista legalmente facultado, excepto la profilaxis dental efectuada por un higienista facultado bajo la supervisión y dirección de un dentista facultado.
- e. El reemplazo de dentadura o prótesis, puente o cualquier otro aparato dental que haya sido extraviado, o hurtado.
- f. Dentadura y puentes iniciales (incluyendo gastos de coronas, incrustaciones y otras piezas de apoyo, excepto dentaduras y puentes necesarios para reemplazar dientes extraídos mientras el individuo haya estado cubierto bajo el seguro.
- g. Reemplazo de dentadura existente o puentes fijos, excepto cuando éstos hayan sido instalados después de cinco años antes del reemplazo y en opinión del facultativo dental no pueden ser útiles.
- h. La adición de dientes a una dentadura o prótesis existente parcialmente removible o para reemplazar dientes naturales extraídos, excepto cuando el diente natural que será reemplazado haya sido extraído estando el paciente cubierto bajo el Seguro Dental.
- i. Exámenes orales periódicos o profilaxis que se efectúan dentro de los seis meses siguientes a otro procedimiento similar.
- j. Los servicios o materiales dentales suministrados por cuenta de un patrono, asociación de beneficios mutuos, sindicato laboral, o fondo de salud y bienestar o por servicios y materiales suministrados bajo la dirección de alguna entidad gubernamental o estatal, municipal, o subdivisión política o agencia del mismo.
- k. Los servicios y materiales suministrados durante los primeros seis meses siguientes a la fecha de cobertura dental inicial si hubiera sido necesario la presentación de evidencia de asegurabilidad como requisi-

to para la inclusión dentro del plan dental, excepto que el gasto incurrido hubiera sido resultado de un accidente mientras el individuo estaba cubierto bajo la póliza.

SEGURO CONTRA INCAPACIDAD PROLONGADA

Todos los miembros del Personal Profesional Internacional, menores de 65 años de edad, pueden ingresar a este plan.

El Seguro contra la Incapacidad Prolongada (Continuación de Salario) ha sido diseñado para proteger su sueldo caso de que sufriera alguna incapacidad como resultado de una enfermedad, un accidente de trabajo o fuera del trabajo.

Recibirá el 65% de su sueldo básico anual (incluyendo el subsidio familiar hasta un máximo de US\$ 1.000,00 por mes (o un mínimo de US\$ 100,00 mensualmente) después de haber estado incapacitado de su trabajo por más de 60 días.

Por incapacidad se entiende el individuo que no puede desempeñar las funciones de su trabajo regular durante los primeros dos años. Después de ese período, el individuo asegurado debe mostrar que su incapacidad le impide desempeñar cualesquiera otro trabajo para el cual está razonablemente capacitado de ejercer de acuerdo con su adiestramiento, educación o experiencia.

Los beneficios de la incapacidad prolongada se pagan hasta la edad de 65 años, además de cualquier otro ingreso que el individuo esté recibiendo.

El plan está sujeto a ciertas exclusiones tales como la guerra, heridas autoinflingidas intencionalmente, servicio en las fuerzas armadas de cualquier país y por una incapacidad causada como resultado de embarazo o de parto, mal parto o de aborto.

SEGURO DE VIDA ADICIONAL PARA FUNCIONARIOS Y VIDA PARA DEPENDIENTES

Todos los funcionarios del Personal Profesional Internacional cubiertos por el Seguro de Vida Básico pueden solicitar cobertura bajo el Seguro de Vida Adicional para Funcionarios hasta por un máximo de US\$ 30.000,00 (en unidades de US\$ 5.000,00), sujeto a la presentación de Evidencia de Asegurabilidad.

Al quedar aprobada su participación en este plan, puede incluir a su esposa e hijos dependientes

reconocidos con una cobertura de US\$ 2.000,00 para su esposa y de US\$ 1.000,00 para cada hijo respectivamente, pagando una prima pequeña adicional. La inclusión de su esposa e hijos dentro de este plan no requiere la presentación de Evidencia de Asegurabilidad, si el funcionario ha sido aceptado dentro del mismo.

Privilegio de Conversión (Funcionario)

Al terminar su empleo con el IICA, el asegurado puede convertir su Seguro de Vida Adicional en una póliza individual del tipo "Non-participating Whole Life" dentro de los 31 días siguientes, sin la necesidad de examen médico. Las correspondientes primas de esa conversión estarán basadas en la edad del individuo en el momento de efectuar la conversión.

Dispensa de Primas (Funcionario)

Caso de que sufriera una incapacidad total estando cubierto bajo este plan, antes de alcanzar la edad de 60 años, la compañía de seguros pagará el valor de sus primas, después de un período de espera de nueve meses.

PLAN COLECTIVO PERMANENTE DE VIDA (GTO) (Seguro Ordinario de Vida a Plazo Fijo—GTO)

Todos los funcionarios del Personal Profesional Internacional cubiertos bajo el Seguro de Vida Básico pueden acogerse a este plan en cualquier momento.

El Plan Colectivo Permanente de Vida (GTO) ha sido diseñado para suministrarle valiosos beneficios para su eventual jubilación o proporcionarle una protección de seguro vitalicio.

El Plan Colectivo Permanente de Vida se obtiene en unidades de US\$ 1.000,00 (con un mínimo de US\$ 2.000,00) hasta el límite de su Seguro de Vida Básico (US\$ 105.000,00 cantidad máxima).

Al jubilarse a los 65 años, el asegurado puede escoger entre varias alternativas:

1. Puede devolver la póliza y recibir una suma global o puede utilizar esa suma para la compra de un plan de retiro que le proporcione una renta mensual vitalicia.
2. Puede suspender el pago de primas y la compañía de seguros le proporcionará una póliza de vida que no requiere el pago adicional de primas (paid-up insurance policy).

3. Puede convertir el seguro hasta por el límite de su plan a una póliza de vida corriente, pagando primas que estarán basadas en la edad original de ingreso al plan, obteniéndose así un gran ahorro considerando que las primas que un individuo de 65 años pagaría por un seguro corriente serían muy altas.

A continuación se detallan ejemplos de "valor en efectivo" y pólizas de vida que no requieren pago adicional de primas (paid-up insurance) basado en un plan de US\$ 20.000,00:

Edad del funcionario al iniciar el Plan:

Edad del funcionario al iniciar el Plan:	30	35	40
Total de primas pagadas hasta los 65 años	US\$ 5,712	US\$ 5,798	US\$ 5,830
"Valor en efectivo" (cash value) hasta los 65 años	10,940	10,340	9,560
"Paid-up Insurance" a los 65 años	15,880	15,000	13,880

Caso de que el asegurado falleciera antes de jubilarse, sus beneficiarios recibirían todas las primas que han sido pagadas en el plan o el "valor en efectivo" (cash-value) de su póliza o la cantidad que sea mayor.

Dispensa del Pago de Primas

Si el asegurado se incapacitara y no pudiera trabajar, la compañía de seguros pagará sus primas después de un período de espera de nueve meses.

Terminación del Empleo

Si su empleo termina antes de su jubilación normal, Ud. puede ejercer cualquiera de las tres alternativas mencionadas anteriormente.

**PLAN COLECTIVO DE INDEMNIZACION
POR ACCIDENTE**

Los funcionarios del Personal Profesional Internacional pueden obtener bajo este plan una cobertura adicional contra la muerte accidental, desmembramiento e incapacidad total permanente para ellos y para sus dependientes reconocidos hasta por una cantidad máxima de US\$ 100.000,00, o un mínimo de US\$ 5.000,00.

Indemnización por Accidente

Pérdida	Beneficio
De la Vida	Máximo del beneficio asegurado
Cualquiera de dos miembros (manos, pies, un ojo o pérdida de la vista ambos ojos)	Máximo del beneficio asegurado
Incapacidad Total Permanente (después de 12 meses consecutivos – únicamente funcionarios)	Máximo del beneficio asegurado
Uno de los miembros (mano, pie o pérdida de la vista de un ojo)	50% del beneficio asegurado

Indemnización Semanal por Accidentes (únicamente funcionarios)

Se pagará una indemnización hasta de US\$ 50,00 por semana si el asegurado no puede trabajar como resultado de haber sufrido un accidente estando cubierto bajo este plan. Los beneficios se pagan hasta un máximo de 52 semanas por consecuencia accidental. La incapacidad, sin embargo, debe comenzar dentro de los 30 días siguientes al accidente.

Beneficio de Incapacidad Total Permanente (únicamente funcionarios)

Si el asegurado sufre una incapacidad total permanente, el plan pagará a éste el beneficio máximo asegurado en un solo pago al final del primer año de incapacidad, deduciendo cualquier suma que haya sido pagada bajo el mismo accidente.

Funcionarios Retirados

Los funcionarios retirados de la categoría de Personal Profesional Internacional podrán mantener su cobertura bajo este plan pagando las primas establecidas para los dependientes.

Exclusiones

Este plan está sujeto a ciertas exclusiones tales como la guerra, heridas autoinflingidas intensionalmente y los vuelos aéreos de acrobacia. Se sugiere revisar la póliza archivada en la Oficina de Recursos Humanos para obtener detalles específicos.

PLAN COLECTIVO DE SEGURO PARA AUTOMOVILES

Todos los miembros del Personal Profesional Internacional pueden asegurar sus automóviles, motocicletas y otros tipos de vehículos bajo este plan.

La cobertura cubre vehículos en todos los países de América Latina y en el área del Caribe. Bajo ciertas circunstancias, sin embargo, la cobertura no es obtenible para algunos otros países. Es recomendable consultar con la Dirección de Recursos Humanos antes de emprender algún viaje internacional. En los Estados Unidos de América y en Canadá, la cobertura es buena hasta por un máximo de 30 días durante cualquier viaje internacional.

El plan tiene las siguientes coberturas:

I. Riesgo

La cobertura del riesgo es adicional a cualquier otro seguro válido y cobrable.

A. Responsabilidad Civil

Esta cobertura protege contra cualquier daño del cual el asegurado sea responsable por lesiones físicas a terceras personas en accidentes automovilísticos.

Esta cobertura puede ser obtenida sin la cobertura de Daños al Propio Vehículo y Colisión. Es preciso tener Responsabilidad Civil antes que se pueda obtener la de Daños al Propio Vehículo y Colisión.

Los límites de esta cobertura son: US\$ 100.000,00 por persona, o US\$ 100.000,00 por accidente. En caso de lesiones corporales debido a un accidente, la persona lesionada podría reclamar hasta el límite de US\$ 100.000,00. En caso de un accidente, en el cual varias personas lesionadas están involucradas, el total de la indemnización que podría reclamarse para el grupo sería de US\$ 100.000,00.

B. Daños a la Propiedad

Esta sección protege al asegurado contra cualquier accidente automovilístico por el cual él fuera responsable de los daños a la propiedad de terceros. El límite de esta cobertura es de US\$ 100.000,00 por cada accidente.

II. Daños al Propio Vehículo y Colisión

La Cobertura de Daños al Propio Vehículo y Colisión es optativa. Esta cubre daños o la destrucción del vehículo asegurado.

A. Daños al Propio Vehículo (excluye Colisión o Vuelco)

La cobertura de Daños al Propio Vehículo (Comprehensive) indemniza por prácticamente cual-

quier daño que sufra su automóvil, exceptuando los daños causados por colisión o vuelco. Los siguientes daños están cubiertos: fractura de vidrios, pérdida causada por misiles, caída de objetos, caída de aviones o partes del mismo, fuego, robo, explosión, terremoto, tormentas de viento, tornados, ciclones, tifones, granizo, agua, inundación y vandalismo.

El deducible para cualquiera de los daños anteriores es de US\$ 50,00 por accidente.

Caso de que el vehículo asegurado sostuviera alguna pérdida causada por motín, huelga o huelga acompañada de tumulto o conmoción civil, habrá un deducible de US\$ 100,00.

B. Colisión o Vuelco

La cobertura de colisión indemniza las pérdidas y los daños que el vehículo sufra en accidente causado por colisión del automóvil con otro objeto o por vuelco del mismo.

El deducible por cualquier pérdida que resulte de una colisión o vuelco es de US\$ 100,00 por accidente.

Las coberturas de Daños al Propio Vehículo y Colisión se adquieren juntas.

El límite de indemnización de la cobertura de Daños al Propio Vehículo y Colisión para reemplazar el vehículo, es el valor asegurado del Automóvil a través de la Dirección de Recursos Humanos con la compañía de seguros.

Las primas de este seguro son deducidas mensualmente en planilla, si el vehículo ha sido asegurado a partir del primer día del período anual de la póliza (o sea julio 1°). Si la inclusión se hace en otra fecha, la prima por el saldo del período es deducida en un solo pago.

PLAN COLECTIVO DE SEGURO PARA PROPIETARIOS Y ARRENDATARIOS DE CASAS

Los funcionarios en la categoría de Personal Profesional Internacional pueden también participar en el Plan Colectivo de Seguro para Propietarios y Arrendatarios de Casas.

Este plan es suministrado para proteger su casa y sus efectos domésticos y personales contra un sin número de riesgos. Los funcionarios que no son due-

ños de la vivienda pueden asegurar sus efectos domésticos y personales solamente.

Cantidad Asegurada

Su hogar puede ser asegurado por el 80% del valor actual en el mercado (costo para reemplazarlo). Se incluye una cláusula de compensación de valor inflacionario (Inflation Guard Clause) en la póliza para evitar que la propiedad esté subasegurada en caso de que ocurriera una pérdida.

Sus efectos domésticos y personales pueden también ser asegurados por el 80% del valor actual en el mercado.

Los efectos personales de mucho valor como joyas, pieles, cámaras fotográficas, objetos de arte, etc. pueden ser asegurados por el 100% del valor actual en el mercado pero éstos objetos deben ser asegurados separadamente. Esto se lleva a cabo con la presentación de facturas, o recibos que reflejen el valor de dichos objetos o por medio de avalúos de los diferentes objetos que desea asegurar separadamente.

Cobertura Adicional

El plan incluye una cobertura de Responsabilidad Personal Comprensiva para proteger al asegurado contra demandas en caso de que alguna persona se lesionara dentro de su propiedad. El beneficio de US\$ 25.000,00 está incluido automáticamente en este plan siempre que esté incluida la cobertura del edificio y los efectos personales o solo el contenido de la vivienda, sin costo adicional.

El funcionario puede solicitar esta cobertura con límites más altos de US\$ 50.000,00 o de US\$ 100.000,00 pagando un pequeño recargo.

Gastos adicionales de subsistencia tales como hospedaje y alimentación en hotel o pensión mientras su hogar está siendo reparado como resultado de alguna pérdida cubierta por el seguro — serán reembolsados a base de gastos efectivos hasta por el límite de su póliza.

Una cobertura contra daños por terremotos puede ser agregada por un costo mínimo adicional.

Deducible y Beneficios

A la pérdida sufrida en cada accidente, se aplica un deducible de US\$ 100,00. Las pérdidas entre US\$ 100,00 y US\$ 1.000,00 se indemnizarán al 111% del valor actual en el mercado, menos el deducible. Las pérdidas que excedan de US\$ 1.000,00 serán pagadas en su totalidad.

Riesgos Cubiertos

A continuación se detallan los riesgos que están cubiertos bajo este plan. (Si desea información más específica, se ruega consultar con la Dirección de Recursos Humanos o comunicarse directamente con Wright & Company):

- a. Incendio.
- b. Rayería o descarga eléctrica.
- c. Ventarrones, huracán o cualquier viento fuerte y caída de granizos.
- d. Explosión.
- e. Disturbios civiles o motín.
- f. Pérdidas causadas por aeronaves o vehículos.
- g. Daños causados accidentalmente por humo.
- h. Vandalismo.
- i. Robo.
- j. Caída de objetos.
- k. El peso de hielo sobre techo de la vivienda.
- l. Colapso del edificio.
- m. Fractura o rompimiento fulminante o accidental de sistemas de cañería de agua potable o gas para calefacción o calentador de agua.
- n. Descarga accidental de agua o vapor de sistema de cañería de agua o gas, o sistema de aire acondicionado.

- o. Congelamiento de cañería de agua o gas, sistema de calefacción o de aire acondicionado.
- p. Daño a electrodomésticos causado por exceso de voltaje generado accidentalmente.
- q. Terremoto (cobertura optativa por costo adicional).

PRESENTACION DE RECLAMOS

Todos los reclamos deben ser presentados a través de la Dirección de Recursos Humanos, IICA, Apartado Postal No. 55, Coronado, San José, Costa Rica.

El tiempo necesario para procesar sus reclamos puede ser disminuido si éstos son presentados con la debida documentación, en duplicado o copias xerox. A continuación detallamos algunos consejos que servirán para la presentación correcta de éstos:

Reclamos del Seguro de Vida Básico

El fallecimiento de un funcionario o de alguno de sus dependientes asegurados debe ser notificado inmediatamente a la Dirección de Recursos Humanos. Esa Dirección se encargará de avisar a la compañía de seguros de dicho fallecimiento, completará el formulario de reclamo y lo enviará a la compañía de seguros con la documentación requerida para efectuar la liquidación del mismo.

El documento más importante para la presentación de este tipo de reclamo es el certificado de defunción. Los familiares del fallecido deben enviar el certificado de defunción a la Dirección de Recursos Humanos para procesar el respectivo reclamo.

Reclamos del Seguro de Salud

El formulario para la presentación de reclamos bajo el Seguro de Salud es el denominado "Declaración de Gastos e Informe del Médico por Servicios Médicos Ocupacionales y No-ocupacionales" de la INA (Ver Anexo "A"). Para evitar demoras en el procesamiento de su reclamo, el funcionario debe llenar la siguiente información:

- 1. Nombre del empleado (No. 3).
- 2. Fecha de nacimiento (No. 4).
- 3. Dirección (No. 6). Especifíquela bien claro incluyendo nombre de ciudad y país.

4. Si la pregunta No. 11 es contestada afirmativamente, entonces la No. 13 también lo debe ser.

Si el reclamo es para un dependiente, la siguiente información debe ser también incluida:

5. Nombre del dependiente (No. 7).
6. Fecha de nacimiento (No. 8).
7. Parentesco del dependiente con el funcionario (No. 9).
8. Estado civil del hijo dependiente (No. 10).
9. Si la pregunta No. 12 es contestada afirmativamente, entonces la No. 13 también lo debe ser.

La autorización para solicitar información directamente del médico o del hospital (No. 14) también debe ser fechada y firmada por el empleado.

La autorización para pagar directamente al médico o al hospital (No. 15) también debe ser fechada y firmada, caso de que el asegurado no haya cancelado directamente al médico o al hospital. Generalmente este procedimiento se recomienda para el pago de gastos incurridos en los Estados Unidos o en Canadá.

Declaración del Médico

Es imprescindible que el médico complete y firme la Sección III del formulario de reclamo. Todas las preguntas en esta sección son muy importantes. La omisión de completar la "Declaración del Médico" causa demora en la liquidación de su reclamo con el correspondiente pago de los beneficios. (Nota: Todo reclamo debe indicar un "diagnóstico" (No. 20).

Comprobantes de Gastos

Además de la declaración médica, el reclamo debe venir acompañado de los comprobantes de gastos efectuados. Recibos o facturas por causa de enfermedades o por lesiones accidentales deben ser presentados por todos los gastos indicados en el formulario de reclamo.

La siguiente información puede usarse como guía para la presentación de los reclamos de salud:

A. Internamiento en Hospital

... Cuenta detallada que muestre:

1. Costo diario por cuarto y alimentación,
2. número de días hospitalizado,
3. detalle de gastos misceláneos.

B. Cirugía

... Recibo del cirujano mostrando honorario cobrado por la intervención quirúrgica.

... Si hubo más de un procedimiento quirúrgico, el facultativo debe indicar el honorario específico por cada intervención.

... Si la cirugía fuera para extirpar un quiste o lesión (es decir un tumor, absceso, etc.) el cirujano debe indicar las dimensiones del crecimiento.

... Obtener informe sobre la operación, si fuera posible.

C. Cirujano Asistente

... Recibo por honorarios del cirujano asistente.

... Nota: Este honorario no debe estar incluido dentro de lo cobrado por el cirujano.

D. Radiografías y Exámenes de Laboratorio

... Recibo de radiografías y servicios de laboratorio.

1. Fecha del servicio recibido,
2. nombre del paciente,
3. cantidad pagada por el servicio.

... Nota: Es importante que la cantidad pagada por radiografías y servicios de laboratorio no incluya los honorarios del médico por visita a su despacho. La separación de estos cargos permitirá a la compañía de seguros establecer el beneficio básico específico por radiografías y por gastos de laboratorio, evitándose así demoras en la liquidación de gastos.

E. Maternidad

... Todas las facturas y recibos cubriendo gastos prenatales y gastos de alumbramiento.

... El informe del médico o el recibo de sus honorarios debe indicar el tipo de alumbramiento (es

decir parto normal, cesárea, aborto espontáneo, etc.).

- ... Nota: El diagnóstico del médico en el formulario de INA debe indicar la fecha aproximada de cuando comenzó el embarazo (Sección III, No. 2).

F. Visitas a la Oficina del Médico
Visitas a Domicilio
Visitas a Paciente Internado en Hospital

- ... Recibo por honorarios mostrando:

1. Nombre del paciente,
2. fecha de cada visita,
3. honorario por visita.

G. Medicamentos Recetados

- ... Adjuntar copia de la receta que muestre:

1. Fecha,
2. nombre del paciente,
3. medicamentos recetados.

- ... Recibo o factura de la farmacia que muestre:

1. Fecha de la compra,
2. nombre del paciente,
3. nombre de las medicinas o drogas compradas,
4. valor de cada droga o medicamento.

- ... Nota: La cinta de papel dada por el cajero no será considerada válida como factura de medicamentos comprados.

H. Anestesia

- ... Recibo que muestre el honorario del servicio suministrado.

I. Ambulancia

- ... Recibo o factura que muestre:

1. Nombre del paciente,
2. fecha del servicio,
3. valor del servicio.

J. Otros Gastos Cubiertos

- ... Recibo o factura que muestre:

1. Nombre del paciente,
2. fecha del servicio,
3. descripción del servicio,
4. costo del servicio recibido.

El formulario de reclamo, con la información necesaria, acompañado de la documentación de gastos, todo por duplicado, deben ser enviados a la Dirección de Recursos Humanos.

RECLAMOS DENTALES

Para evitar demoras en el procesamiento de reclamos dentales, el asegurado debe completar el formulario de reclamo dental (ver el Anexo "B"), a saber:

La Parte "A" debe ser completada por el funcionario asegurado suministrando la siguiente información:

1. Nombre y dirección (incluyendo ciudad y país) del paciente,
2. fecha de nacimiento,
3. nombre del funcionario (si él no es el paciente),
4. la autorización para solicitar información adicional del dentista, debe ser firmada por el funcionario.

La Parte "B" debe ser contestada por el dentista suministrando los siguientes datos:

1. Todas las extracciones anteriores deben ser señaladas con una "X" en el gráfico dental.
2. Dar una descripción de los servicios, mostrando:
 - a. el número o letra del diente que requiere tratamiento,
 - b. letras que indican la superficie que está siendo restaurada (si esto es aplicable),
 - c. descripción detallada del servicio suministrado,
 - d. fecha de cada servicio, y
 - e. honorario cobrado por cada servicio suministrado.
3. Si el reclamo se refiere a servicios de ortodoncia, todas las preguntas bajo el nume-

ral No. 2 de la Parte "B" deben ser contestadas.

4. Las preguntas 3, 4, 5 y 6 deben ser contestadas en cada reclamo presentado.
5. El nombre y la dirección completa del dentista deben aparecer claramente al pie del formulario, caso de que fuera necesario comunicarse directamente con él para obtener información adicional.
6. El dentista debe firmar y fechar el formulario de reclamo.

Se debe obtener también un recibo cubriendo todos los gastos indicados en el formulario de reclamo. El formulario con la respectiva documentación de servicios y gastos, por duplicado, deben ser presentados a través de la Dirección de Recursos Humanos.

RECLAMOS POR INCAPACIDAD PROLONGADA

Si Ud. tiene un accidente o enfermedad que lo incapacite de su trabajo por un período mayor de 60 días, debe obtener el formulario titulado "Employer's Notice of Group Accident and Health Claim" (ver el Anexo "C") en la oficina de su sede o de la Dirección de Recursos Humanos.

El asegurado debe llenar y firmar la Sección II del formulario de reclamo. Al dorso debe firmar la autorización para que el médico pueda suministrar información adicional directamente ("Authorization to Release Information"). Dicha autorización permitirá a la compañía de seguros poder obtener información adicional directamente del facultativo evitándose así demoras en la liquidación del reclamo.

El médico debe completar y firmar la sección titulada "Attending Physician's Statement" (Diagnóstico del Facultativo), que se encuentra al dorso del formulario.

El reclamo, en duplicado, debe entonces ser presentado a través de la Dirección de Recursos Humanos. El Jefe de la Unidad de Derechos y Obligaciones del Personal completará la Sección I del formulario y lo enviará a la compañía de Seguros para la correspondiente indemnización de beneficios.

RECLAMOS POR ACCIDENTES

En caso de sufrir un accidente que hace el tratamiento médico necesario y el cual lo incapacite para

llevar a cabo los deberes de su ocupación, el asegurado y el médico deben llenar el formulario titulado "Employer's Notice of Group Accident and Health Claim" (ver el Anexo "C") o sea el mismo que se utiliza para reclamos bajo el Seguro de Incapacidad Prolongada.

Las mismas instrucciones dadas anteriormente para llenar ese formulario se observarán para reclamos bajo el Seguro Contra Accidentes.

El funcionario debe obtener de su médico un informe sobre el accidente, incluyendo su condición física con estimación del tiempo que durará la incapacidad.

El formulario de reclamo junto con el informe del médico, por duplicado, deben ser presentados a través de la Dirección de Recursos Humanos.

RECLAMOS SEGURO DE AUTOMOVILES

Caso de un accidente, el asegurado debe proceder, a saber:

1. Obtener nombre y dirección completa del conductor o dueño del otro vehículo (caso de que hubiera otro vehículo involucrado) en el accidente.
2. Obtener nombre y dirección de testigos, pasajeros y personas lesionadas en el accidente.
3. Si se dispone de una cámara, tome fotografías de la escena del accidente antes de que los vehículos sean movidos.
4. Preparar un croquis o plan de la carretera y posición relativa de los vehículos involucrados antes y después del accidente.
5. Anote el impacto de ambos vehículos en el croquis o dibujo.
6. Llenar el formulario titulado "Informe sobre Pérdidas en Accidente Automovilístico" (ver Anexo "D"). Dicho formulario lo puede obtener en la oficina de su sede local o de la Dirección de Recursos Humanos.
7. Obtener dos estimaciones o pro-formas de la reparación de los daños (mano de obra y repuestos) de su vehículo.

8. Si el reclamo es por Daños a Terceros debe obtener también dos estimaciones o pro-formas para la reparación del otro vehículo o propiedad dañada.

El formulario de reclamo con la información solicitada y las estimaciones de reparación de daños propios y a terceros, por duplicado, deben ser presentados a través de la Dirección de Recursos Humanos.

RECLAMOS BAJO SEGURO PARA PROPIETARIOS Y ARRENDATARIOS DE CASAS

En caso de sufrir una pérdida, avise de inmediato directamente a Wright and Company, 1001 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C. 20036, E.U.A. Los formularios apropiados para efectuar su reclamo serán enviados a Ud. directamente con las instrucciones necesarias para presentar el reclamo.

Si Ud. tiene alguna duda acerca de los procedimientos detallados anteriormente, comuníquese con la Dirección de Recursos Humanos o escriba directamente a Wright and Company.



**LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA
 INA LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK
 INA LIFE INSURANCE COMPANY**

ANNEX "C"

EMPLOYEE'S NOTICE OF GROUP ACCIDENT AND HEALTH CLAIM

SECTION I	NAME OF EMPLOYEE		POLICY NUMBER & NUMBER		
	ADDRESS				
	NAME OF EMPLOYEE		CERTIFICATE NUMBER		
	ADDRESS		OFF. DATE OF COMMENCE		
EMPLOYER COMPLETES THIS SECTION	EMPLOYER	DATE EMPLOYEE Hired	WEEKLY	OCCUPATION	DATE OF BIRTH
	DATE HIRED	DATE EMP. LAST TERMINATED	DATE EMPLOYEE BORN	HAS EMPLOYEE REFUSED TO WORK?	
	DO YOU DESIRE COVERAGE AS WORKER'S COMPENSATION CLASS?			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, DATE	
	DO YOU DESIRE COVERAGE AS WORKER'S COMPENSATION CLASS AND PROVIDE ADDRESS OF GROUP?			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, ADDRESS GROUP/ADDRESS AND PROVIDE ADDRESS OF GROUP.	
SECTION II	LONG TERM SALARY CONTINUANCE ONLY	DO EMPLOYEE OBTAIN LONG TERM SALARY CONTINUANCE? (Check one of boxes below)	FORMER	EMP.	EFFEKTIVE DATE
	DEPENDENT ONLY	IS EMPLOYEE A DEPENDENT OF ANOTHER EMPLOYEE?	RELATIONSHIP	FOR	DATE OF BIRTH
	I hereby certify that the above named employee is a member of our Group Insurance Program and the information stated above is correct to the best of my knowledge and belief.		Signature of Employer		
	Date		Title		

EMPLOYER CERTIFICATION

I was unable to work due to this illness on many occasions (the first full day not worked)

(Month) (Day) (Year)

SECTION III	APPLIED ONLY TO HOSPITAL SURGICAL MAJOR MED.	NAME AND ADDRESS OF YOUR SPouse's EMPLOYER	ARE YOU OR IS YOUR SPOUSE COVERED UNDER OTHER GROUP INSURANCE OR GROUP BLUE CROSS/BLUE SHIELD? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, GIVE NAME OF INSURANCE COMPANY
	NO SUCH CLAIM CAN BE PAID WITHOUT THIS INFORMATION.	If claim is for accidental injury, please indicate details in FULL.	
	IMPORTANT TO RELIEVE INFORMATION		
	I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended me or examined me to furnish to the Insurance Company, or its representative, any and all information with respect to my illness, medical history, examinations, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.		
DATE	EMPLOYEE'S SIGNATURE		

IMPORTANT
 Detach this portion if employer's disability has not terminated. Forward it to the Insurance Company immediately upon employer's return to work.

NOTICE OF EMPLOYEE'S RETURN TO WORK

NAME OF EMPLOYEE: _____ Returned to work on _____ 19__

Date: _____ 19__ Employer: _____ (COMPANY NAME)

By: _____

ICA
E30
664

PROGRAMA DE SEGUROS

Autor

COLECTIVOS

Título

Fecha
Devolución

Nombre del solicitante

Fecha Devolución	Nombre del solicitante





IICA

DIRECCION DE INFORMACION PUBLICA