



---

## **TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA CONTRATACIÓN DE PÓLIZA ANUAL DE SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO PARA PERSONAL PERMANENTE DEL EOR**

---

### **I. ANTECEDENTES**

El ENTE OPERADOR REGIONAL, que puede abreviarse EOR, es una institución regional constituida por medio del Tratado Marco del Mercado Eléctrico de América Central, suscrito por las Repúblicas de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, firmado en la Ciudad de Guatemala el día 30 de diciembre de 1996. El Ente Operador Regional (EOR), es una institución con personalidad jurídica propia y capacidad de Derecho Público Internacional, con domicilio en la Ciudad de San Salvador, República de El Salvador.

El EOR dirige y coordina la operación técnica del Sistema Eléctrico Regional (SER) y realiza la gestión comercial del Mercado Eléctrico Regional (MER) con criterio técnico y económico de acuerdo con la Regulación Regional aprobada por la Comisión Regional de Interconexión Eléctrica (CRIE).

De conformidad con lo establecido en el Tratado Marco del Mercado Eléctrico de América Central en su artículo veintiséis: "El EOR tiene capacidad jurídica propia para adquirir derechos y contraer obligaciones, actuar judicial y extrajudicialmente y realizar todos los actos, contratos y operaciones necesarias o convenientes para cumplir con su finalidad, tanto dentro como fuera del territorio de los países firmantes del Tratado respetando los principios de satisfacción del interés público, igualdad, libre de competencia y publicidad".

En lo referente a los beneficios de los colaboradores del EOR, el Reglamento Interno de Trabajo establece en su capítulo 20, "Previsión y Seguridad Social", artículo 91, que: "La salud de los funcionarios y trabajadores del EOR estará salvaguardada por un programa de servicios médicos-hospitalarios, el cual podrá ser cubierto por una póliza de seguro o por una empresa especializada en esta clase de servicios."





## II. OBJETIVO DEL SERVICIO

Realizar la contratación de las pólizas anuales correspondientes a los seguros de: vida y médico hospitalario, para el período de vigencia del 14 de mayo del 2025 al 14 de mayo del 2026, con el objetivo de fortalecer las condiciones que promueven el bienestar de los colaboradores y de su grupo familiar.

## III. ALCANCE DEL SERVICIO

**Póliza de seguro de vida:** cobertura para 88 colaboradores permanentes del EOR.

**Póliza de seguro médico hospitalario:** Personal del ENTE OPERADOR REGIONAL, sin límite de edad, incluyendo su grupo familiar, cónyuge o compañero(a) de vida, hijos, hijastros, hijos adoptivos, desde el primer día nacidos hasta los 26 años inclusive. Cobertura para 88 colaboradores permanentes del EOR, así como su grupo familiar, con alcance a nivel de América Central (El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Panamá y Costa Rica) y Belice.

## IV. CRITERIOS DE EVALUACIÓN TÉCNICO DE OFERTAS

Las ofertas se evaluarán conforme a los siguientes criterios:

CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	VALORACIÓN DE CRITERIO
<b>Condiciones requeridas en la póliza</b>	80	Coberturas: 50 puntos (ver Anexo 1) Deducible y coaseguro: 15 puntos Beneficios adicionales: 10 puntos Red de proveedores médicos: 5 puntos
<b>Calificación de la aseguradora</b>	10	10 puntos: calificación AAA 5 puntos: calificación AA 0 puntos: calificación A
<b>Experiencia de la aseguradora</b>	10	10 puntos: Presentación de 5 cartas de referencia de entidades públicas o privadas que hayan contratado primas superiores a \$100,000 indicado la nota lo siguiente: 1. Tipo de póliza contratada. 2. Evaluación de atención brindada por la aseguradora. 3. Tiempo promedio de devolución de reclamos presentados. En caso de presentar menos de 5 cartas con la información solicitada, serán asignados 5 puntos.



## V. REQUERIMIENTOS BASICOS RECOMENDADOS A CONSIDERAR EN LA OFERTA

- A. En todas las ofertas debe quedar claramente establecido que las Condiciones Especiales prevalecen sobre las Condiciones Generales de la póliza. Además, se debe adjuntar las Condiciones Generales de la póliza en la Oferta.
- B. En todas las Ofertas debe quedar claramente identificado las condiciones especiales que aplican al grupo inicial; y las condiciones especiales que solo aplican a nuevos asegurados ingresados durante la vigencia de la póliza.
- C. Surge la necesidad de brindar la opción de mejorar las sumas aseguradas, lo cual será pagado por el titular la diferencia del costo de la prima. Por lo tanto, incluir la siguiente cotización sin establecer la condición de un grupo mínimo:
  - Seguro de vida, la suma asegurada adicional de \$ 100,000.0.
  - Seguro Médico Hospitalario la suma asegurada adicional de \$100,000.0.
- D. Durante la elaboración de las Ofertas, deberán ser considerados como parte de los presentes Términos de Referencia: el Anexo 1 que detalla los requerimientos de coberturas de la póliza del Seguro de Vida y Seguro Médico Hospitalario, los cuales se adjuntan al presente TDR.
- E. En la Oferta del Seguro de Vida, se debe listar a nivel de detalle el porcentaje de indemnización por pérdida de miembros o desmembración.
- F. La adjudicación del Seguro Colectivo de Vida y del Seguro Médico Hospitalario se hará con un mismo proveedor.
- G. En las Ofertas del Seguro Colectivo de Vida y del Seguro Médico Hospitalario se debe especificar claramente su alcance a nivel de América Central, incluyendo su cobertura a dependientes familiares residentes en cualquier país de América Central (se incluye Belice y Panamá).
- H. Se solicita una sola Oferta, en la oferta del Seguro Médico Hospitalario se requiere un coaseguro mínimo del 10% para el titular y dependientes; donde el 90% será asumido por la aseguradora. Así mismo, en ambas ofertas se requiere la aceptación de todas las preexistencias del grupo inicial, el cual se proporcionará a la compañía Aseguradora que resulte adjudicada.
- I. La compañía aseguradora que resulte adjudicada deberá asumir la vigencia de la Póliza de Vida y Médico Hospitalario a partir del 14 de mayo 2025 a las 12:00 horas meridiano hasta del 14 de mayo 2026 a las 12:00 horas meridiano. Por consiguiente, la compañía aseguradora que se contrate deberá reconocer y cubrir los reembolsos de los reclamos médicos que se incurran en dicho período de vigencia de la Póliza, de acuerdo con sus condiciones especiales y generales.
- J. La compañía que resulta adjudicada enviará trimestralmente el Reporte de la Siniestralidad, completamente detallado. Y adjuntará el finiquito/liquidación de la cuenta que el asegurado firmó con cualquiera de los proveedores que lo atendió. Esta información será remitida mediante correo electrónico al área de RRHH del EOR (a la cuenta de correo que se destine e indique).
- K. También, trimestralmente enviará la Aseguradora una carta o reporte con los Titulares y Dependientes que completaron su deducible, debidamente firmado y

sellado, mediante correo electrónico al área de RRHH del EOR (a la cuenta de correo que se destine e indique).

- L. El pago será realizado por medios electrónicos (Banca online) a cuenta del Titular asegurado en concepto de reembolso por gastos médicos. Se enviará la liquidación de forma electrónica con copia al área de RRHH del EOR (a la cuenta de correo que se destine e indique).
- M. Las Ofertas deberán presentarse siguiendo el orden del presente TDR y su Anexo 1.
- N. Control de la siniestralidad: Reclamos menores de \$100.00 serán aceptados para acumular el deducible. Reclamos mayores de \$100.00 serán aceptados para reembolso médico, únicamente serán aceptados reclamos menores a \$ 100, siempre y cuando se encuentre bajo un mismo diagnóstico.
- O. Límite de edad para hijos dependientes elegibles, hasta los 26 años inclusive, siempre y cuando sean solteros.
- P. Las Pólizas de Seguros oficiales correspondientes, deberán ser remitidas tanto a nivel físico como digital.
- Q. En las Ofertas del Seguro Colectivo de Vida, la prima anual a pagarse por titular debe ser detallada de acuerdo con las categorías indicadas en el Anexo 1.
- R. En las Ofertas del Seguro Colectivo Médico Hospitalario, la prima anual a pagarse por titular debe ser detallada por categoría y considerando el grupo inicial compuesto de la siguiente manera:
  - Titular asegurado solo=30.A
  - Titular asegurado con 1 dependiente=16.B
  - Titular asegurado con 2 o más dependientes=42.C

## VI. PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

La fecha límite de recepción de Ofertas será el **martes 11 de marzo del 2025 hasta las 17:00 horas**.

## VII. ACLARACIONES DEL TDR

En caso de que la empresa tenga alguna duda o requiera aclaración sobre la oferta, deberá hacerlo por escrito y dirigida corredora de seguros: Mirna Elsy López López, su correo electrónico es: [mirnaelsy@gmail.com](mailto:mirnaelsy@gmail.com) y su número de celular: 7956-8215, hasta **2 días** hábiles anteriores a la fecha de cierre de la presentación de propuestas.

## ANEXO 1: Condiciones requeridas para la Póliza de Seguros de Vida y Médico Hospitalario (14 de Mayo 2025 - 14 de Mayo 2026)

### 1. Seguro de vida

El Seguro de Vida, deberá cubrir, muerte por cualquier causa, incluyendo las originadas por pandemias y epidemias declaradas. La compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada individual convenida al ocurrir el fallecimiento de un asegurado, por cualquier causa, incluyendo el suicidio y homicidio. Muerte accidental incluyendo muerte por armas. Muerte accidental especial por el triple del valor asegurado. Desmembramiento accidental de acuerdo con tabla de indemnización. Anticipación de la suma asegurada en caso de validez total o permanente, el 50% al inicio de la capacidad y el 50% restante en 12 cuotas mensuales y sucesivas. Exoneración de pagos de primas por incapacidad total y permanente. Enfermedades terminales. Además, deberá incluir las siguientes coberturas y condiciones:

COBERTURAS Y CONDICIONES	POLIZA ACTUAL	OFERTA
<b>Suma asegurada :</b>		
<b>Categoría 1 (1 persona)</b>	\$200,000	IGUAL
<b>Categoría 2 (18 personas)</b>	\$125,000	IGUAL
<b>Categoría 3 (69 personas)</b>	\$75,000	IGUAL
<b>Beneficios:</b>	Seguro Vida Básico	IGUAL
	Muerte Accidental y Desmembramiento	IGUAL
	Incapacidad Total y Permanente	IGUAL
	Exoneración de pago de primas por Incapacidad Total y Permanente	IGUAL
	Enfermedades Terminales	IGUAL
	Gastos de Repatriación para asegurado principal por \$ 15,000.00	IGUAL
	Gastos de Repatriación para dependientes por \$ 15,000.00	IGUAL
<b>Gastos Funerarios</b>	Para asegurado principal: se incluye suma de \$4,000.00	IGUAL
	Para Dependientes Elegibles: se incluye suma de \$3,000.00.	IGUAL
	Cobertura de gastos funerarios para madre y padre del titular.	Se incluye suma de \$1,500.0
	El re-embolso en conceptos de gastos funerarios deberá entregarse al beneficiario en un máximo de 24 horas en días hábiles, con solo la notificación por escrito por parte del Contratante.	IGUAL
COTIZAR SUMA ASEGURADA ADICIONAL DE \$100,000.00 EL CUAL SERA OPCIONAL Y PAGADO POR LOS EMPLEADOS QUE OPTEN POR INCREMENTAR SU SEGURO DE VIDA.		

## 2. Seguro Médico Hospitalario

A continuación, las coberturas y condiciones requeridas:

COBERTURAS Y CONDICIONES	POLIZA ACTUAL	OFERTA
<b>Cobertura territorial</b>	América Central, incluye Belice y Panamá. Con COBERTURA MUNDIAL	IGUAL
<b>Suma asegurada anual</b>	\$200,000, con * reinstalación automática en la renovación de la póliza.	IGUAL
<b>Límite de edad para hijos dependientes elegibles</b>	Hasta los 26 años de edad inclusive.	IGUAL
<b>Deducible año póliza por persona</b>	\$100 por persona, con un máximo de 2 por grupo familiar, para cobertura a nivel de America Central (incluyendo Belice y Panamá). Para la cobertura mundial \$ 500 por evento, considerandose un mismo evento los reclamos incurridos durante 6 meses por cualquier diagnostico (cuando se haga uso fuera de América Central).	IGUAL
<b>Coaseguro</b>	90 – 10 Cobertura a nivel de America Central (incluyendo Belice y Panamá). Para la cobertura mundial 80 – 20 (cuando se haga uso fuera de América Central).	IGUAL
<b>Límite de Coaseguro</b>	El porcentaje de reembolso será el 90% de los primeros \$10,000.00, por asegurado, con un máximo de participación del asegurado de \$1,000.00, en exceso en adelante la compañía aseguradora pagará el 100%. COBERTURA MUNDIAL: Para cobertura mundial, el porcentaje de reembolso será el 80% de los primeros \$12,000.00, por asegurado, con un máximo de participación del asegurado de \$2,400.00, en exceso en adelante la compañía aseguradora pagará el 100%.	IGUAL
<b>Cobertura de beneficios</b>	Se evaluará la mayor cantidad de riesgos cubiertos.	IGUAL
<b>Límite diario para cuarto y alimentos.</b>	\$80.00	IGUAL
<b>Límite diario para Cuarto intensivo y alimentos, esto independiente a los gastos médicos (medicamentos, laboratorios, honorarios médicos, etc.)</b>	\$200.00	250
<b>COBERTURAS ESPECIALES</b>		
<b>MATERNIDAD</b>	Cesárea \$2,500	\$3,000
<b>COBERTURA AL 100% SEGÚN LOS LIMITES INDICADOS.</b>	Parto Normal \$ 2,000	\$2,500
	Aborto Legal \$1,000	IGUAL
	Amenaza de Aborto \$2,000	IGUAL
	Con período de espera de 6 meses para la concepción para nuevas aseguradas.	IGUAL
<b>*COBERTURA PARA RECIEN NACIDOS, SE INCLUYE SALA DE CUNA, ESPECIALISTAS. Y RECIEN NACIDOS PREMATUROS.</b>	CUBIERTO DESDE EL PRIMER DIA DE NACIDOS HASTA UN MES (EDAD NEONATAL), HASTA POR EL MONTO ASEGURADO, MIENTRAS SE GESTIONA LA INSCRIPCION.	IGUAL

COBERTURAS Y CONDICIONES	POLIZA ACTUAL	OFERTA
LECHE MEDICADA EN UN INFANTE, POR TRASTORNOS GASTROINTESTINALES	INCLUIRLA HASTA LA EDAD DE 4 AÑOS. CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES SIEMPRE Y CUANDO SEA PARTE DE UN TRATAMIENTO RELACIONADO POR ENFERMEDAD Y CON UN MAXIMO ANUAL DE \$ 800.00, DOS POR GRUPO FAMILIAR. SIN DEDUCIBLE Y COASEGURO.	IGUAL
ZAPATOS ORTOPEDICOS	*SE OTORGA 2 PARES AL AÑO CON UN MAXIMO DE \$ 120 POR ASEGURADO, APLICA DEDUCIBLE Y COASEGURO	IGUAL
CONTROL DE NIÑO SANO	Incluye Vacunas preventivas hasta los 10 años de edad y de acuerdo a la cartilla de vacunas del Ministerio de Salud: BCG, Pentavalente, Antipolio, MMR, DPT, Rabia, Meningitis, Varicela, Virus del papiloma humano, hasta por un monto de \$ 600 por asegurado por año póliza.	IGUAL
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO. INCLUIR: INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS POR EMBARAZOS EXTRAUTERINOS, VOMITOS PERNICIOSOS, TOXEMIA DE LA SANGRE y EMBARAZO ECTOPICO ECLAMPSIA Y PRECLAMPSIA	INCLUIRLAS DELIMITADO POR UN MONTO MAXIMO DE \$ 5,000	IGUAL
COBERTURA PARA LEGRADOS DE CUALQUIER TIPO	HASTA \$ 1,000.00	IGUAL
COBERTURA DE PREEXISTENCIAS	SE DEBE DAR COBERTURA AL GRUPO ACTUAL CON TODAS LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES SIN PERIODO DE ESPERA, INCLUYENDO EMBARAZOS. PARA NUEVAS INCLUSIONES LAS PREEXISTENCIAS DECLARADAS Y ACEPTADAS POR LA COMPAÑÍA, SE DEBEN CUBRIR DESPUES DE 180 DIAS DE INGRESADOS LOS EMPLEADOS NUEVOS.	IGUAL
SERVICIOS DE AMBULANCIA TERRESTRE DENTRO DEL PAIS EN QUE OCURRA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD; HACIA O DESDE EL HOSPITAL O CLINICA. AMBULANCIA AEREA DEBIDAMENTE AUTORIZADA	AMBULATORIA TERRESTRE \$500.00 POR EVENTO (COASEGURO 90/10) Y AMBULANCIA AEREA \$ 15,000 POR EVENTO (COASEGURO 80/20)	AMBULATORIA TERRESTRE \$500.00 POR EVENTO (COASEGURO 90/10) Y AMBULANCIA AEREA \$ 25,000 POR EVENTO (COASEGURO 90/10)
*CUALQUIER ENFERMEDAD PSIQUIATRICA O PSICOLOGICA: TRASTORNOS MENTALES, NERVIOSOS PSICONEUROSIS, HISTERIA, CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS: IGUALMENTE, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DE LENGUAJE, Y EL APRENDIZAJE, TODOS ELLOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE	INCLUYE MEDICINAS, EXAMENES, TERAPIAS Y CONSULTAS. HASTA POR UN MONTO MAXIMO DE \$ 1,000 ANUAL EN TRATAMIENTO POR ASEGURADO.	INCLUYE MEDICINAS, EXAMENES, TERAPIAS Y CONSULTAS. HASTA POR UN MONTO MAXIMO DE \$ 1,500 ANUAL EN TRATAMIENTO POR ASEGURADO.
TRATAMIENTOS MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA. INCLUYENDO TRATAMIENTOS HORMONALES.	CUBRIRLA HASTA EL CUMPLIMIENTO DE LOS 60 AÑOS.	IGUAL
SE CUBRE TODO TIPO DE TRATAMIENTO PARA ALERGIA, INCLUYENDO LAS ALERGIAS CAUSADAS POR MEDICAMENTOS, PICADURAS DE ANIMALES O INGESTION DE ALIMENTOS, SE INCLUYEN LAS PRUEBAS DE ALERGIAS	INCLUIRLA Y CUBRIR LAS PRUEBAS DE ALERGIA, HASTA POR UN MONTO MAXIMO DE \$ 500 ANUAL EN TRATAMIENTO POR ASEGURADO.	IGUAL



COBERTURAS Y CONDICIONES	POLIZA ACTUAL	OFERTA
TRANSPLANTE DE LOS SIGUIENTES ORGANOS MAYORES: RIÑONES, HIGADO, PULMONES Y CORAZON.	100 % DE LA SUMA ASEGURADA ANUAL.	IGUAL
ENFERMEDADES ORIGINADAS POR EPIDEMIAS Y PANDEMIAS.	INCLUYENDO: TRATAMIENTOS, PRUEBAS Y VACUNAS.	IGUAL
HISTERECTOMIA Y PROSTACTECTOMIA.	INCLUIRLA HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD	IGUAL
*CATARATAS Y TERIGION	INCLUIRLA SE OTORGA COBERTURA PARA CIRUGIAS. LIMITADO HASTA UN MONTO MAXIMO DE \$ 2,000	IGUAL
EXAMENES DE CITOLOGIA, ULTRASONIDO Y MAMOGRAFIA SIEMPRE Y CUANDO SEAN PARA FINES DE DIAGNOSTICO.	UN CHEQUEO ANUAL QUE INCLUYA CITOLOGIA, ULTRASONIDO Y MAMOGRAFIA. RECETADOS POR EL MEDICO ESPECIALISTA. HASTA UN MONTO DE \$ 75 POR EXAMEN.	IGUAL
CUBRIR EXAMEN ANTIGENO PROSTATICO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN PARA FINES DE DIAGNOSTICO.	CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO SEAN PARTE DE EXAMENES RECETADOS POR EL MEDICO ESPECIALISTA POR UNA ENFERMEDAD. UN EXAMEN POR AÑO Y HASTA POR UN MONTO MÁXIMO DE \$ 40.	DEBERA CUBRIRSE UN EXAMEN ANUAL POR CHEQUEO PREVENTIVO; Y EN CASO DE UN DIAGNOSTICO LOS QUE SEAN NECESARIOS POR PRESCRIPCION MEDICA, HASTA POR UN MONTO MÁXIMO DE \$ 45.00 POR EXAMEN
VACUNAS PREVENTIVAS PARA ADULTOS.	Dos vacunas por año. El tipo de vacuna queda a opción del asegurado. Hasta por un monto límite de \$ 300 por grupo familiar.	IGUAL
*PADECIMIENTOS CONGENITOS.	PADECIMIENTOS CONGENITOS PARA TODOS LOS ASEGURADOS, DESDE EL PRIMER DIA DE NACIDO. HASTA POR UN MONTO \$10,000.00	IGUAL
GASTOS ESCLEROSANTES DE VENAS VARICOSAS SINTOMATICAS Y POR INDICACION MEDICA	INCLUIR HASTA POR UN LIMITE DE \$ 1,000 POR ASEGURADO	IGUAL
*GASTOS POR TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS RELACIONADOS CON LA COLUMNA VERTEBRAL, POR PADECIMIENTOS ORIGINADOS POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD.	NO SE CUBREN LOS CASOS DE XIFOSIS, LORDOSIS O ESCOLIOSIS.	IGUAL
Especialidad odontologica (endodoncias y ortodoncia) por diagnostico medico.	Por un monto máximo de \$ 1,000 por grupo familiar	Por un monto máximo de \$ 1,500 por grupo familiar
Cirugías, se establecen condiciones especiales: las Cirugías deberán ser autorizadas por la Admon. del EOR (RRHH) cuando no sean por emergencias.	Se excluye la cobertura de la siguiente Cirugía: SEPTOPLASTIA, a menos que se evidencie que fue por accidente.	IGUAL



COBERTURAS Y CONDICIONES	POLIZA ACTUAL	OFERTA
<b>Compra de medicamentos</b>	Para las enfermedades con tratamientos continuos, se aceptará una misma receta por un período de 6 meses y los medicamentos deberán ser comprados de forma mensual. En caso de compra de medicamentos de forma anticipada a su consumo, para más de un mes, estos no tendrán cobertura.	IGUAL
<b>Plazo máximo para presentar reclamos:</b>	Período máximo de 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió al gasto.	IGUAL
<b>*Sala de emergencia</b>	Se cubrirán las salas de emergencia al 100%, por un monto máximo de \$500. NO APLICA DEDUCIBLE y COASEGURO. Se entenderá como emergencias las siguientes coberturas mínimas, las atenciones por accidente o enfermedad según detalle: Convulsiones, Hemorragias, Angina, Infarto, Crisis Hipertensiva, Ataque al Corazón, Neumonía, Neumotórax, Crisis Asmática, Gastroenteritis, Obstrucción Intestinal, Sangramientos Gastrointestinales, Deshidratación Severa, Desmayo, Intoxicación Severa, Cólico Renal, Retención Urinaria, Falla Renal Aguda, Fracturas por Accidentes, Traumas TCE (Trauma Cráneo Encefálico, golpe en la cabeza) y ACV (Accidente Cerebro Vascular, derrame), chock anafilactico (paro respiratorio por alergia) y dolor abdominal agudo. Se evaluará las coberturas ofrecidas en emergencias.	IGUAL
<b>Síndrome de deficiencia de la hormona de crecimiento.</b>	Hasta por un monto máximo de \$ 500 por grupo familiar.	Hasta por un monto máximo de \$ 5,000 por grupo familiar. Con coaseguro especial de 80 – 20.
<b>Consulta medica especializada o fuera de la RED del proveedor de seguro.</b>	Hasta por un monto máximo de \$ 50	Hasta por un monto máximo de \$ 60
<b>Consulta medica general o ambulatoria fuera de la RED del proveedor de seguro.</b>	Hasta por un monto máximo de \$ 25	Hasta por un monto máximo de \$ 30
<b>*Red de proveedores médicos</b>	Se evaluará los beneficios otorgados por cada aseguradora.	IGUAL
	Otros servicios de apoyo ofrecidos por la Aseguradora. (Ej: Charlas periódicas de prevención, orientaciones de salud, mejora de periodos de pre autorizaciones, etc)	IGUAL
<b>Administrativos</b>	La Aseguradora tendrá la opción de ampliar coberturas y sus límites.	IGUAL
<b>Se incluye vitaminas y suplementos nutricionales (solamente vitamina D), siempre y cuando, exista un diagnosticos médico comprobado por estudios o exámenes y sea parte del tratamiento de una enfermedad.</b>		Hasta por un monto máximo de \$ 300
<b>Se incluye la realización de un Perfil Ejecutivo en el año, para lo cual se deberán listar los exámenes.</b>		Solamente para el Titular.
<b>Cirujía de ojos por miopía, antimagtismo u otros similares.</b>		Hasta por un monto máximo de \$ 3,000 por grupo familiar.
COTIZAR SUMA ASEGURADA ADICIONAL DE \$100,000.00 EL CUAL SERA OPCIONAL Y PAGADO POR LOS EMPLEADOS QUE OPTEN POR INCREMENTAR SU SEGURO MEDICO HOSPITALARIO.		

Ultima página del Anexo 1.