

CLIENTE: CATUMCARIBE

HISPANA DE SEGUROS, S.A. se complace en presentarles nuestra propuesta PLAN DE SALUD, en base a la información suministrada por su asesor de seguros: JOSE UNDA

COBERTURAS PERSONAL		PROPUESTA 1	PROPUESTA 2	PROPUESTA 3
Básico		50.000,00	80.000,00	100.000,00
Deducible Por Evento		6.000,00	10.000,00	15.000,00
Porcentaje de Reembolso		100%	100%	100%
Eliminación de plazos de espera		Si	Si	Si
Amparo de enfermedades pre-existentes		Si	Si	Si
Amparo de enfermedades congénitas		Si	Si	Si

  

Rango de Edades	Población	PROPUESTA 1	PROPUESTA 2	PROPUESTA 3
De 0 a 9 años	11	8.803,18	12.819,01	14.325,77
De 10 a 19 años	15	9.771,01	14.228,35	15.900,77
De 20 a 29 años	8	10.845,25	15.792,64	17.648,93
De 30 a 39 años	11	12.037,60	17.528,91	19.589,27
De 40 a 49 años	18	13.361,03	19.456,06	21.742,95
De 50 a 54 años	8	14.829,96	21.595,09	24.133,40
De 55 a 59 años	10	16.460,39	23.969,28	26.786,66
De 60 a 69 años	16	18.270,07	26.604,50	29.731,62
De 70 a 79 años	8	20.278,70	29.529,44	33.000,36
De 80 a 99 años	9	22.508,17	32.775,95	36.628,47
<b>TOTAL PRIMA ANUAL PLAN BASICO</b>	<b>114</b>	<b>1.643.442,13</b>	<b>2.393.147,20</b>	<b>2.674.440,48</b>

  

COBERTURAS OPCIONALES				
Atención Medica Primaria 10 CONSULTAS		INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA
Prima de Maternidad Cobertura Opcional	Poblacion 0	NO COTIZADO	NO COTIZADO	NO COTIZADO
<b>TOTAL PRIMA ANUAL CON ADICIONALES</b>		<b>1.643.442,13</b>	<b>2.393.147,20</b>	<b>2.674.440,48</b>

Las Primas Estimadas por Grupo pueden variar una vez se emita la póliza, de acuerdo a las edades reales del UNIVERSO de personas que integre la póliza, la cual tendrá una vigencia de 15 días CONTINUOS siempre y cuando se suscriba el 100% de la población cotizada. Los montos resultantes de los cálculos de esta cotización son referenciales y realizados conforme a la información suministrada por el INTERMEDIARIO/CLIENTE. En tal sentido, en caso de que se compruebe que la información recibida no es la real para el estudio, la presente cotización quedará sin efecto

Los Asegurados que formalicen su ingreso con el grupo inicial o durante los 30 días siguientes al inicio de la relación con el Contratante o durante los 30 días siguientes al inicio de la relación familiar con el titular, tendrán derecho a los beneficios de la póliza en forma inmediata así como cobertura para enfermedades preexistentes y congénitas. Aquellos asegurados que ingresen posteriormente tendrán derecho a los beneficios de la póliza, una vez cumplidos 12 meses de plazos de espera.

Al desconocer la población que contratara la cobertura de maternidad esta no será calculada en el total de la prima anual.

ALCIDES MONTILLA

La Empresa garantiza la prestación de los servicios los 365 del año durante las 24 horas del día a nivel nacional, con una línea de atención al asegurado a través del 0500-HISPANA (4477262), 0212-3138574.

Se Eliminan los Plazos de Espera y Tendrán Cobertura las Enfermedades Preexistentes y Congénitas para el grupo inicial y solo para todos aquellos asegurados que se inscriban en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a su fecha de contratación y para aquellos nuevos familiares que se inscriban en al póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nuevo vínculo familiar.

Las personas (Titulares y/o Beneficiarios) que se incluyan en fechas posteriores a las antes indicadas, deberán superar todos los Plazos, descritos en el Condicionado General y particular de la Póliza. Cobertura básica y ambulatoria por beneficiario y enfermedad hasta por el monto de la suma asegurada contratada.

Los porcentajes de Reembolso y Deducibles serán aplicados tanto en Clínicas Afiliadas como en las No Afiliadas.

**Carta Aval:** Emisión de carta compromiso para facilitar el ingreso a una Clínica. El asegurado debe presentar en las oficinas de RRHH de su empresa los requisitos necesarios para la emisión de la misma son: presupuesto de la clínica afiliada, informe del médico tratante, resultados de los exámenes practicados, planilla de siniestro, fotocopia de la cedula de identidad. RRHH se lo entregara a Hispania de seguros S.A, la cual emitirá la carta en 48 horas. En caso de ser necesaria se solicitara la segunda opinión médica, se le informara día, hora y lugar de la misma.

**Reembolso de Gastos:** El asegurado debe presentar en las oficinas de RRHH de su empresa los requisitos para el pago del reembolso son: factura en original y una (1) fotocopia de las mismas, informe del médico tratante, resultados de los exámenes practicados, planilla de siniestro, fotocopia de la cedula de identidad. RRHH le entregara a Hispana de Seguros S.A, para el respectivo pago.

**Emergencias:** El asegurado debe presentarse a cualquiera de nuestras clínicas afiliadas (ver listado de clínicas), presentara la cedula de identidad, la clínica procederá a realizar la verificación con Hispana de Seguros S.A, a nuestros números de contactos 0500-HISPANA (4477262) / 0212.3138574 / 0412.3720575, se procesara y se asignara la autorización para el ingreso. Una vez finalizada la atención del paciente, la clínica conjuntamente con Hispana de Seguros S.A, se encargaran de todo el proceso administrativo del pago del caso.

### REQUISITOS PARA LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA:

- Para la emisión de la póliza y según lo establecido por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora en las Normas y Procedimientos para Prevenir el Delito de Legitimación de Capitales se requiere la siguiente información: Personas Jurídicas:
- Carta de Aceptación de la propuesta indicando el plan seleccionado, vigencia, forma de pago, asesor de seguros, persona contacto, dirección y teléfonos.
  - Denominación Social Completa.
  - RIF vigente
  - Copia del Acta Constitutiva y estatutos de la Sociedad. (En caso de haber cambio de Junta Directiva o de Representantes Legales se requiere la última asamblea de accionistas debidamente registrada).
  - Copia de la cédula de Identidad de los representantes legales de la Empresa que se reflejen en los estatutos vigentes.
  - Listado en digital de Titulares con cuenta nómina, para pagos de reembolso vía transferencia.
- Agradeciendo el habernos seleccionado dentro de sus opciones de protección, quedamos a su entera disposición para cualquier información o planteamiento adicional.
- Data electronica una hoja de excel, bajo los parametros indicados a continuacion:

<u>CEDULAS DE ASEGURADO EN CASO DE MENORES DE EDAD QUE NO POSEAN CEDULA DEJAR LA CELDA EN BLANCO</u>	<u>NOMBRES NO DEJAR CELDAS EN BLANCO</u>	<u>APELLIDOS NO DEJAR CELDAS EN BLANCO</u>	<u>SEXO SOLO "M" O "F" NO DEJAR CELDAS EN BLANCO</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO SOLO BAJO EL FORMATO EJEMPLO 12/04/2006</u>	<u>PARENTESCOS SOLO COLOCAR EXACTAMENTE LOS PARENTESCOS DESCRITOS: TITULAR - CONYUGE - HIJO - HIJA - PADRE - MADRE - HERMANO - HERMANA</u>	<u>INDICATIVO DE MATERNIDAD SOLO COLOCAR "S" AL ASEGURADO QUE SOLICITE LA COBERTURA DE LO CONTRARIO COLOCAR "NA"</u>	<u>FECHA DE INCLUSION SOLO BAJO EL FORMATO EJEMPLO 12/04/2006</u>
12464941	BOLIVAR	ENDER	M	16/02/1977	TITULAR	NA	11/09/2016
12002140	URBANO ARANDA	JENEYDE	F	23/12/1973	TITULAR	NA	11/09/2016
	IZAGUIRRE URBANO	JANETH ARIANA	F	30/10/2005	HIJA	NA	11/09/2016
84380382	CIFUENTES LOPERA	GLORIA	F	07/05/1977	TITULAR	NA	11/09/2016
14046897	HERNANDEZ ROMERO	ROSMERY	F	21/07/1980	TITULAR	NA	11/09/2016
12482360	IZAGUIRRE	JACKSON	M	26/11/1974	TITULAR	NA	11/09/2016
	IZAGUIRRE	JACKNEY ORIANA	F	22/02/2004	HIJA	NA	11/09/2016
9995943	SULBARAN DAVILA	MARISOL	F	23/12/1968	TITULAR	NA	11/09/2016
14037575	GUTIERREZ MARQUEZ	SUSAN	F	11/08/1979	TITULAR	NA	11/09/2016