

PLAN EMPLEADOS (CARGAS LEGALES) (S-D)
Cobertura Gastos Salud

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
N°	Beneficios Hospitalización / Días Camas									
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	100%	100%	100%	UF 4	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	80%	80%	80%	UF 3	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	-	100%	100%	100%	UF 4	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	80%	80%	80%	UF 2	-	-	-
N°	Beneficios Hospitalización / Demás Gastos Hospital									
5	Demás gastos hospitalarios, en exceso de UF 30 por evento	50%	100%	60%	60%	60%	Sin Tope			
6	(*) Día Cama Intermedio	50%	100%	100%	100%	100%	-	-	UF 30	-
7	(*) Día Cama Recuperación	50%	100%	100%	100%	100%				
8	(*) Día Cama UTI (Unidad De Tratamiento Intensivo)	50%	100%	100%	100%	100%				
9	(*) Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	100%	100%	100%				
10	(*) Día Incubadora	50%	100%	100%	100%	100%				
11	(*) Día Sala Cuna	50%	100%	100%	100%	100%				
12	(*) Insumos Clínicos	50%	100%	100%	100%	100%				
13	(*) Materiales Clínicos	50%	100%	100%	100%	100%				
14	(*) Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	100%	100%				
15	(*) Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	100%	100%				
16	(*) Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	100%	100%	100%				
17	(*) Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	100%	100%	100%				
18	(*) Derecho a Pabellón	50%	100%	100%	100%	100%				
19	(*) Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	100%	100%	100%				
N°	Beneficios Hospitalización / Otros Gastos Hospitalarios									
20	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	100%	80%	80%	80%	-	UF 40	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	100%	80%	80%	80%	-	UF 40	-	-
22	Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	80%	80%	80%	-	UF 40	-	-
23	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	100%	100%	100%	-	UF 40	-	-
24	Trasplante Donante Post Mortem (Según Definición)	50%	-	100%	100%	100%	-	UF 20	-	-
25	Enfermera Privada Hospitalaria y domiciliaria	50%	-	100%	100%	100%	-	UF 3	-	-
N°	Beneficio de Maternidad									
26	Parto Normal	50%	-	100%	100%	100%	-	-	UF 20	-
27	Cesárea	50%	-	100%	100%	100%	-	-	UF 35	-
28	Aborto no Provocado	50%	-	100%	100%	100%	-	-	UF 10	-
29	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	Bajo Item Hospitalario								
30	Complicaciones del Parto (Según Definición)	Bajo Item Hospitalario								
31	Partos Múltiples	50% adicional del tope (parto normal o parto cesárea) por cada hijo nacido vivo								
32	Embarazo Ectópico o Tubario	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 25	-	-
33	Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad (Según Definición)	50%	-	100%	100%	100%	-	UF 60	-	-
N°	Beneficios Ambulatorios									
34	Consulta General	50%	-	80%	50%	50%	-	-	-	UF 0,8
35	Consulta de Urgencia	50%	-	80%	50%	50%	-	-	-	UF 0,8
36	Consulta Domicilio	50%	-	80%	50%	50%	-	-	-	UF 0,8
37	Consulta Especialista	50%	-	80%	50%	50%	-	-	-	UF 0,8
38	Exámenes de Laboratorio	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
39	Exámenes Radiológicos	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
40	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye medios de contraste o materiales)	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
41	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
42	Tratamiento Fonoaudiológico	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			

43	Tratamiento Kinesiológicos	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
44	Tratamientos de Terapia Ocupacional	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
45	Drogas Oncológicas	-	-	100%	100%	100%	-	UF 30	-	-
46	Procedimiento de Diálisis	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
47	Consulta Nutricionista	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 15	-	-
48	Quimioterapia y Radioterapia (incluye medicamentos o droga y materiales clínicos)	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
49	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	50%	-	80%	80%	80%	Sin Tope			
50	Medicamentos de Marca (Incluye Salud Mental)	-	-	60%	60%	60%	-	UF 20	-	-
51	Medicamentos Marca en Convenio (Incluye Salud Mental)	-	-	60%	60%	60%				
52	Medicamentos Genéricos (Incluye Salud Mental)	-	-	60%	60%	60%				
53	Medicamentos Genéricos En Convenio (Incluye Salud Mental)	-	-	60%	60%	60%	-	UF 20	-	-
54	Medicamentos Enfermedades Crónicas (diferencia de aquellos montos reembolsados en línea)	-	-	20%	20%	20%				
55	Medicamentos Enfermedades Crónicas (prestaciones reembolsadas en forma física)	-	-	80%	80%	80%				
N° Beneficio de Salud Mental										
56	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	80%	80%	80%	-	UF 100	-	-
57	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 1 por sesión)	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-
58	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 1 por sesión)	-	-	70%	70%	70%				
59	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 1 por sesión)	-	-	70%	70%	70%				
60	Tratamiento por Adicción a Droga o Alcoholismo (tope UF 1 por sesión)	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-
N° Beneficios Adicionales										
61	Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	50%	-	100%	100%	100%	-	-	UF 2	-
62	Ambulancia Aérea (Máximo 2 eventos al año total grupo)	50%	-	100%	100%	100%	-	-	UF 25	-
63	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	80%	80%	80%	-	UF 4,5	-	-
64	Cirugía Ocular (A) (Según Definición) (UF 12 por cada ojo)	50%	-	60%	60%	60%	-	UF 24	-	-
65	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	50%	-	80%	80%	80%	Sin Tope			
66	Prótesis Mayor Complejidad (Según Definición)	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 100	-	-
67	Plantillas Ortopédicas	Incluido en Prótesis y Ortesis								
68	Audífonos	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 20	-	-
69	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	50%	-	80%	50%	50%	Sin Tope			
70	Cirugía por Obesidad Morbida (Según Definición)	50%	-	100%	100%	100%	-	-	UF 30	-
71	Exceso Obesidad Mórbida UF 30	50%	-	60%	60%	60%	Sin Tope			
72	Prótesis	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 40	-	-
73	Ortesis"Ambulatorio y Hospitalario"(Excluye Lente Intraocular y Sillas de Rueda y prótesis dentales)	50%	-	80%	80%	80%				

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa. (**)

CAEC y GES (Auge): 100% del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF 126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con mínimo de UF 60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todos los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

MATERNIDAD (Ampliación): Las hijas/cargas de asegurados incorporadas en la póliza, tendrán cobertura en caso de embarazo, en las mismas condiciones que se otorgan al titular. Se otorga cobertura para el parto de embarazos preexistentes de titulares, cónyuges o cargas/hijas aseguradas en base a novenos.

(*) A.II Beneficio de Hospitalización: Demás gastos hospitalarios, UF 30 por evento, con deducible UF 2 por cada hospitalización en los ítem incluidos en A.II.

(**) Se establece según plan un 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

(1) PRESTADORES PREFERENTES: 100% sin tope o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican en plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e

Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro hospitalario correspondiente.

(2) ENFERMEDADES CRÓNICAS: Se detalla lista de patologías que califican en esta prestación. Adicionalmente el procedimiento en aquellos reembolsos que han sido pagados en línea, el asegurado deberá presentar la receta y copia de liquidación del reembolso, para liquidar el **diferencial** (20%) de esta cobertura.

Deducible		
	DEDUCIBLE ANUAL POR PERSONA	UF 1,5
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):		
10 UF	POR PERSONA	UF 500

SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES
Detalle de definiciones adicionales a las Condiciones Generales de Póliza

Día Cama Home Care	Corresponde a tratamiento que debe ser efectuado en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la aseguradora. Con un máximo de cobertura, hasta 30 días anuales.
Día Cama Acompañante	Corresponde al alojamiento del padre o madre asegurada, por Hijo menor y hasta 14 años, quien acompaña al paciente incluyendo gastos de alimentación. Con un máximo de cobertura, hasta 5 días por evento anual
Cirugía Máxilo - Facial por Accidente	Es aquella que se realiza en las mandíbulas y aparato masticador, en general se puede realizar por un cirujano maxilofacial u odontólogo, es por accidente cuando hay una lesión traumática apreciable y que afecte a los dientes naturales. El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores (si la póliza los cubriere), a causa de las lesiones, tendrán cobertura, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) accidente.
Cirugía Máxilo - Facial por Enfermedad	Cubre el tratamiento y sus gastos posteriores, a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través de enfermedades de signo-sintomatología claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado. No se cubrirán Cirugías y/o tratamientos con fines estéticos.
Cirugía Reparadora por Accidente	Corresponde al procedimiento realizado por un cirujano plástico que tiene como objetivo reparar una lesión, malformación o secuela que provoque menoscabo a la persona, es decir que no sea meramente con fin estético. Sólo tendrá cobertura si la cirugía se realiza dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente
Trasplante Donante Vivo	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
Trasplante Donante Post Mortem	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
Complicaciones del Embarazo y Parto	Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonifiquen todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	Corresponde a todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios (exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios (cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distocias uterinas etc.).
Cirugía Ocular	La Cirugía Ocular, comprende tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente: a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 3 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 24 meses. b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.
Ambulancia Aérea	Servicio aéreo utilizado por el paciente grave, que requiere traslado inminente a un centro asistencial de mayor complejidad, dada la insuficiencia técnica del prestador de origen y/o insuficiencia técnica de los centros hospitalarios de la ciudad de origen

IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON RECURSOS HUMANOS DE SU EMPRESA.

SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES

Obesidad Mórbida (u obesidad severo o clase II):	Es aquella condición cuyo IMC ≥ 40 , o mayor a IMC 35 cuando es acompañado de una comorbilidad directa y asociada, es decir con la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado. Se consideran como "comorbilidad significativa o discapacidad severa" lo siguiente: Diabetes, Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteo-articulares severas y apnea obstructiva del sueño severa. La cobertura será cubierta según el plan de seguro estipulado en la póliza, y no considera gastos por gimnasio ni pastillas para bajar de peso. Para la evaluación y pago de un gasto bajo esta cobertura, el asegurado deberá presentar toda la información necesaria que permita a la compañía determinar la procedencia del caso, asimismo, la compañía podrá evaluar facultativamente cualquier otra condición asociada no mencionada, si esta cumple con lo señalado, es decir, "cuando la obesidad es acompañada de una comorbilidad directa y asociada, incluyendo la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado".
Septoplastia:	Es la cirugía de desviación del tabique nasal. Esta deformidad se acredita anatómicamente a través del estudio imagenológico (Rx, escáner o resonancia nuclear magnética), para que esta cirugía sea de carácter reparativo y no estético, es decir que produzca un menoscabo funcional debe haber una Rinomanometría que demuestre una obstrucción respiratoria y que no mejora con el uso de inhaladores, se debe complementar la evaluación con ficha clínica y protocolo operatorio.
Recién Nacido	Se otorga cobertura desde el día 1 de nacido según lo siguiente: El Recién Nacido tendrá vigencia inicial desde el 1er día de nacido, siempre que sea incorporado al seguro en un plazo no superior a los 30 días contados de la fecha de su nacimiento, sea o no madre asegurada y haya o no estado cubierto el parto, de lo contrario rige lo establecido en las condiciones generales. Se otorgará cobertura a prestaciones producto del Recién Nacido prematuro, patologías o dolencias producidas durante el embarazo o parto y enfermedades congénitas del Recién Nacido, siempre y cuando la concepción haya sido durante la vigencia de la madre en el seguro
CAEC y GES (Auge)	Para prestaciones cubiertas por la póliza y de corresponder otorgar la cobertura, en el caso que el asegurado se acoja a CAEC o GES (auge), se reembolsará el 100% del deducible aplicado por la institución de salud previsional respectiva, no aplicando en dicho reembolso, el deducible que se asigna en el presente cuadro de beneficios. Para aquellas prestaciones, del diagnóstico que activaran CAEC o GES (auge), que no sean cubiertas por dicho sistema CAEC o GES (auge), su reembolso será bonificado según plan de beneficios normal, siempre cuando, los gastos correspondan a prestaciones cubiertas en el cuadro de beneficios de esta póliza.
Tratamiento para Crecimiento	Tratamiento para Crecimiento: Son aquellos tratamientos con la finalidad de mejorar la talla baja y se realizan a través de análogos de la hormona crecimiento. Se cubrirán los medicamentos, exámenes y su tratamiento, siempre que exista una causa hormonal demostrable con laboratorio u otros procedimientos y siempre que estos estén relacionados con el tratamiento de ésta causa primaria, de lo contrario, de no existir exámenes que demuestren causa primaria, no corresponderá el pago, ya que no habrá menoscabo demostrable
Patologías o Malformaciones Congénitas	Las malformaciones congénitas son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.
Consulta Nutricionista	Prescrito por Médico Tratante y con patologías asociadas.
Partos Múltiples	Según se señala en Cuadro de Beneficios.
Tratamiento por adicción a droga o alcoholismo	Es aquel tratamiento realizado a un drogadicto o alcohólico a través de fármacos o prestaciones psiquiátricas específicas y cuya finalidad será la cura de esta, contempla psicoterapia individual y grupal además de hospitalización.
Medicamentos Oncológicos	Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopatícos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.
Productos Dermocosméticas	Se cubrirán todos aquellos Productos Dermocosméticos recetados por un dermatólogo y siempre que estén asociados a una de las siguientes patologías: Rosácea, Vitiligo, Soriasis y Cáncer de Piel
Prótesis de Mayor Complejidad	Si este ítem se incluye, implica que bajo este concepto se consideran aquellas prótesis definidas como Híbridas y bioeléctricas (marcapaso, válvulas cardíacas, etc.). En caso que no se encuentre incluido este ítem en póliza y sí se encuentra Prótesis y Ortesis, entonces este concepto se entiende incluido en este.
Tratamiento de Kinesiología y Fisioterapia	Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.
Procedimiento Quimioterapia y Radioterapia	sólo se cubre el procedimiento. En este ítem no se cubren las drogas oncológicas, estas deben cubrirse por el ítem medicamentos o si lo tiene el plan el ítem específico de drogas oncológicas.
Carencia en cobertura dental	Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional. El periodo de carencia regirá a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la Póliza o desde la fecha en la cual se contrate esta cobertura como también para los asegurados (titulares o cargas), que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cobertura en la Póliza en cuyos casos regirá a contar de su fecha de Incorporación.

IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON RECURSOS HUMANOS DE SU EMPRESA.