

Pólizas de Pan American Life suscritas bajo las Licencias de FECOCI

Rige para licencias contratadas a partir de Agosto de 2021

Pólizas en Licencias Temporales (Número de póliza 2200185)

Las pólizas Temporales tomadas con la licencia de 1 día brindan una cobertura por cualquier accidente ocurrido dentro o fuera del evento durante 3 días, el día antes, el mismo día y el día después del evento. En el caso de eventos de dos días la póliza cubre los dos días de evento y el día siguiente. Para eventos de tres días la cobertura será por los tres días de evento.

Coberturas	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental	₡1.000.000	₡2.500.000	₡5.000.000
Incapacidad Total y Permanente Accidental	₡1.000.000	₡2.500.000	₡5.000.000
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	₡1.000.000	₡2.500.000	₡5.000.000
Gastos de Sepelio por Accidente	₡500.000	₡500.000	₡500.000
Deducible en gastos médicos por Accidente	₡30.000	₡30.000	₡30.000
Cobertura	24 horas	24 horas	24 horas
Periodo de cobertura	3 días por evento	3 días por evento	3 días por evento

Pólizas en Licencia Anuales (Número de póliza 2200186)

En el caso de las pólizas que incluyen la licencia Anual, cubren por 24 horas, los 365 días de la año por cualquier tipo de accidente, dentro o fuera de un evento. Su cobertura inicia el primer día del mes que tome la licencia y caducará en la fecha de vencimiento de la misma.

Coberturas	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
Muerte Accidental	₡2.000.000	₡3.500.000	₡5.000.000	₡7.000.000
Incapacidad Total y Permanente Accidental	₡2.000.000	₡3.500.000	₡5.000.000	₡7.000.000
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	₡2.000.000	₡3.500.000	₡5.000.000	₡7.000.000
Gastos Funerarios (adicional)	₡500.000	₡500.000	₡500.000	₡500.000
Deducible en gastos médicos por Accidente	₡30.000	₡30.000	₡30.000	₡30.000
Cobertura	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Periodo de cobertura	Anual	Anual	Anual	Anual

COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL

La Compañía de Seguros, pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía de Seguros deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas adicionales opcionales, en caso de haber sido contratadas.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el Asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días, contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente, la Compañía de Seguros pagará el monto indicado de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura adicional opcional de Desmembramiento, a razón del diez por ciento anual durante un período máximo de diez (10) años mientras el Asegurado esté vivo o hasta la cesación de su incapacidad. Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total, de lo que deberá dejarse constancia expresa en las Condiciones Particulares.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente en un ochenta por ciento (80%), la que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior al ochenta por ciento (80%) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a los parámetros establecidos en el Código de Trabajo costarricense.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: GASTOS FUNERARIOS POR CUALQUIER CAUSA

En virtud de esta cobertura la Compañía de Seguros, pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada especificada en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente o enfermedad. Se entenderá como fallecimiento aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente o la enfermedad.

COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía de Seguros reembolsará al Asegurado el porcentaje expresado en las Condiciones Particulares de los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, hasta el monto anual indicado en las Condiciones Particulares y siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguiente a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él. Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado, de los recibos o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados. Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, y el cual será siempre responsabilidad del Asegurado.

Como aplicar la cobertura de Gastos Médicos por Accidente?

La póliza funciona por reembolso, y solamente en caso de accidente ocurrido únicamente en su periodo de cobertura.

El asegurado debe presentarse al Centro Medico privado, atenderse y asumir los gastos médicos en el momento.

Pan American Life reembolsará los gastos médicos hasta el limite según la póliza tomada, y el asegurado asumirá el excedente después del tope de seguro más el deducible de ₡30.000.

1. Descargar el formulario de reclamación.



Descargar Aquí

2. Asegurado completa y firma la SECCION A.



3. El Médico Tratante completa firma con código y sello la SECCION B.



4. Adjuntar, epicrisis, referencias médicas, recetas de medicamentos y resultados de todos los procedimientos.



5. Facturas Originales y electrónicas de todos los procedimientos, consultas y medicamentos.



6. Enviar los documentos al correo: contactoagencia@paligagent.com.

Para apoyo y orientación puede contactarnos al Whats app **6243-0303** haciendo click aquí



Llenado del Formulario de Reclamación

La Sección A debe ser completada por el asegurado, desde la casilla 1 hasta la 17, y llenar el recuadro de datos con firma al final. Favor tomar nota de las sugerencias de llenado, verificar que el formulario aplique para Costa Rica, en Compañía colocar FECOCI, el No. de Póliza puede ser 2200185 si es una póliza asociada a una Licencia de 1 día ó 2200186 la de la Licencia Anual. Indispensable colocar una cuenta IBAN en Colones para el reembolso. La Sección B debe ser completada, firmada con código y sello por el Medico Tratante.

AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA, S.A. Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group T: (506) 2204-6300 F: (506) 2204-7365		FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES		PARA USO DE LA COMPAÑÍA Reclamo No.:
PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE				
1. COMPLETAR SECCIÓN A 2. Solicite a su médico COMPLETE SECCIÓN B 3. Si es reclamo médico de Seguro Colectivo o Accidentes Personales, entregar éste con el detalle y originales de facturas, recibos de médicos, clínicas, laboratorios y medicinas (con recetas) que correspondan al diagnóstico. 4. Si la reclamación es producto de una incapacidad deberá adjuntarse el informe del patrono con el respectivo sello de la empresa junto con el Certificado de Incapacidad.				
SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO			<input type="checkbox"/> RED (COPAGO)	<input type="checkbox"/> REGULAR
1. Nombre completo del asegurado	2. Compañía FECOCI	3. No. de Póliza	4. No. de Certificado N/A	Números de Póliza: Temporal: 2200185 Anual: 2200186
5. Nombre del Reclamante	6. Fecha de Nacimiento: día / mes / año	7. Edad	8. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
9. País o Lugar de Atención	10. Lugar del empleo, colegio o universidad del Reclamante	11. Indique otras pólizas que el reclamante posea, colectivas, individuales o auto (Póliza de auto, si el reclamo es por accidente)		
12. Cuenta bancaria IBAN del asegurado principal para reembolsos (Bajo su consentimiento cada reembolso se transferirá a esta cuenta. Favor consignar su cédula en el campo al final de esta página)		COMPañÍA DE SEGURO	No. DE PÓLIZA	
<input type="checkbox"/> COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES				

Indispensable

NOTAS IMPORTANTES

Los mecanismos previstos por la Compañía para la recepción de quejas son los siguientes:

- Por teléfono al (506) 2204-6300
- Por fax al (506) 2204-7365
- Por correo electrónico a: servicioalclientecr@palig.com
- Directamente en nuestras oficinas centrales

Panamerican cuenta con la línea de emergencias la cual podrán utilizar en horario extra laboral, fines de semana y feriados. Teléfono 2204-6300 Opción 1.

AVISO DE SINIESTRO:

El aviso por escrito de un evento sobre el cual pueda establecerse una reclamación, deberá ser entregado a la Compañía de Seguros dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a dicho incidente.

El aviso dado por el Contratante o el Asegurado a la Compañía de Seguros con datos suficientes para identificar al Asegurado se considerará como aviso a la Compañía de Seguros.

PROCESO DE RECLAMO:

Al recibir el aviso de siniestro, la Compañía de Seguros suministrará al Contratante y éste a su vez a quien esté gestionando el reclamo del Asegurado, los formularios para la presentación de la prueba de la pérdida y su cuantía aproximada, obligación que está a cargo del Asegurado o Contratante según sea el caso.

Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía de Seguros dentro de los (180) días siguientes a la fecha de la pérdida por la cual se hace la reclamación.

