

Pólizas de Pan American Life suscritas bajo las Licencias de FECOCI

Rige para licencias contratadas a partir de 01 de Enero de 2023

Chat de apoyo



Pólizas en Licencias Temporales (3 días) (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 Licencias 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 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
	Reembolso	Reembolso	Reembolso	Pago Directo*
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 Pago Directo?

Esto aplica únicamente para el **Plan Anual 4** y funciona por accidente ocurrido únicamente en su periodo de cobertura.

Para el **Plan Anual 4** los Gastos Médicos aplicarán por **Pago Directo**, es decir que el asegurado solamente cancelará el deducible.

Para esto debe acudir a cualquier centro médico autorizado de este enlace [Buscar un doctor](#), tal como se muestra en la siguiente imagen, elija país, Red Palig Med, Provincia, Cantón, y elegir Hospitales ó Centros Médicos.

Ya en el centro médico debe indicar el número de póliza **2200186** y su **número de certificado** en caso de no tenerlo lo puede solicitar al chat de apoyo.

Realiza tu búsqueda

La lista de Proveedores Preferidos puede cambiar sin previo aviso en cualquier momento.
Por esta razón, debe consultar esta información antes de coordinar su tratamiento médico.

Modificar búsqueda

Pais Costa Rica ➔ COSTA RICA ↕

Red PaligMed ➔ PALIGMED ↕

Provincia ➔ SAN JOSÉ ↕

Cantón ➔ SANTA ANA ↕

Hospital o Centros Médicos ➔ HOSPITALES Y CLINIC ↕

Nombre del proveedor

Selecciona Tipo de Es: ↕

Servicios/ Procedimie ↕

Click en Buscar ➔ **Buscar**

CEA CLINICA DE ESPECIALIDADES AUDIOLOGICAS
HOSPITALES Y CLINICAS
MORAVIA, DEL BANCO NACIONAL, 25 METROS AL ESTE CONTIGUO AL CENTRO COMERCIAL CALL...

CEA CLINICA DE ESPECIALIDADES AUDIOLOGICAS
HOSPITALES Y CLINICAS
DE ADMISION DEL HOSPITAL CALDERON GUARDIA, 25 METROS AL OESTE, TORRE MEREDICE, S...

CENTRO ONCOLOGICO COSTARICENSE
HOSPITALES Y CLINICAS
COSTADO NORESTE DEL HOSPITAL MEXICO ...

Como aplicar la cobertura de Gastos Médicos por Reembolso

Esto aplica para los planes temporales y planes anuales 1, 2 y3. funciona por accidente ocurrido únicamente en su periodo de cobertura.

El asegurado debe presentarse al Centro Medico privado de su preferencia, atenderse y asumir los gastos médicos en el momento. Pan American reembolsará en un plazo de 12 días hábiles después de haber recibido los documentos respectivos a cabalidad. Para realizar el reclamo adecuadamente debe solicitar el llenado del Formulario de Reclamación si el centro médico es proveedor autorizado o descargarlo en el enlace abajo y seguir los pasos descritos a continuación:

1. Descargar el formulario de Reclamación

Descargar Aquí

2. El asegurado completa y firma la Sección A. En caso de ser menos de edad debe ser llenada y firmada por un tercero reclamante.



3. El Médico Tratante que atendió el accidente completa, firma con código y sella la Sección B.



4. Adjuntar al formulario las epicrisis, referencias médicas, estudios y sus resultados, recetas de medicamentos y facturas electrónicas a nombre **del asegurado** aunque sea menor de edad.



5. Enviar al correo contactoagencia@paligagent.com ó al whats app 6243-0303.



Por favor envíe un mensaje a nuestro chat para recibir toda esta información a su Whats app haciendo click aquí

O agregue nuestros contactos +50662430303 / +50640026316

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. <small>Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group</small>		FORMULARIO DE RECLAMACIÓN		PARA USO DE LA COMPAÑÍA		
T: (506) 2204-6300 F: (506) 2204-7365		SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS ORIGINALES		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 dia / mes / año	7. Edad	8. Sexo F 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:

- Email: contactoagencia@paligagent.com / servicioalclientecr@palig.com
- Por teléfono al (506) 4002-6316 ó 2204-6300
- Por fax al (506) 2204-7365
- 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.