

# PLAN COMPLEMENTARIO

## EL COMPLEMENTO DE TU SALUD



Nuestros productos de Salud están disponibles para todos los miembros de su familia!!!



— Seguro te Responde —  
www.asegurancon.com

<b>Máximo Vitalicio</b>	B/. 1,000,000.00
<b>Hospitalización</b>	
Co-pago	B/. 0.00
Habitación	Cuarto privado
Cuarto regular del hospital y alimentación	B/. 500.00 por día
Honorarios Médicos y Cirujano	100% (Usual, razonable y acostumbrado)
Honorarios Asistente	30% del pago que corresponda al cirujano
Honorarios Anestesiólogo	40% del pago que corresponda al cirujano
Cuarto de cuidado intensivo y alimentación	B/. 800.00 por día
Gastos Misceláneos	100%

<b>Enfermedades Catastróficas</b>	
Según la enfermedad a cubrir	Máximo por Asegurado / Año
Enfermedades Neurológicas y ECV	B/. 150,000.00
Cirugía Cardíaca y Angioplastia	B/. 150,000.00
Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia y cirugía reconstructiva	B/. 200,000.00
Trauma grave (politraumatismo)	B/. 150,000.00
Insuficiencia renal crónica y diálisis	B/. 100,000.00
Quemaduras graves	B/. 300,000.00
Septicemia	B/. 150,000.00

<b>Trasplante de Órganos</b>	
Según el tipo de trasplante	Máximo por Asegurado / Año
Costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano	Máx. B/. 10,000 incluidos en la cobertura
Corazón	B/. 300,000.00
Corazón y Pulmón	B/. 300,000.00
Pulmón	B/. 250,000.00
Páncreas	B/. 250,000.00
Páncreas y Riñón	B/. 300,000.00
Riñón	B/. 200,000.00
Hígado	B/. 200,000.00
Médula Ósea	B/. 250,000.00



**Consulta Médica Domiciliaria**  
Servicio de Ambulancia  
226-1222 / 6210-5652



Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

<b>Gastos Fuera de Hospital</b>	
Medicinas	Cubiertos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria, hasta un máximo de 6 meses
Laboratorios y Rayos X	100%
Exámenes Especiales	100%
Consulta médica	Sin copago

<b>Enfermedades Congénitas</b>	
Período de Espera	2 años
Máximo de por vida	10% Suma Asegurada

<b>Personas Elegibles</b>	El Asegurado o cualquier familiar o persona(s) a su servicio*
---------------------------	---

### Deducibles

No aplican Deducibles

### PRIMAS MENSUALES

Edad	Complement. Sin Deducible
0-17	20.80
18-24	23.11
25-29	24.55
30-34	28.90
35-39	30.34
40-44	34.67
45-49	40.45
50-54	46.23
55-59	57.78
60-64	69.34
65-69	86.68
> 70	115.56

+5% de impuesto

\* Sujeto a parámetros de asegurabilidad.



Múltiples comercios afiliados le ofrecen **Valores Agregados** a su póliza.  
Consulte sus descuentos en: [www.asegurancon.com](http://www.asegurancon.com)

Este documento es solamente indicativo de parámetros, coberturas y primas. Para mayor información refiérase al condicionado general y particular de la póliza, consulte a su Corredor de Seguros o llame a nuestra **Central de Atención al Cliente Tel.: 210-8787.**