



Presenta:



Plan de Transplante de Órganos
(Pago Directo)
Panamerican Life Insurance



Nota importante:

La hoja de aplicación que usted nos enviará TIENE QUE PASAR UN PROCESO EVALUATIVO. El hecho de que hayamos recibido su solicitud junto con su pago no significa que usted ya está asegurado. Usted será avisado sobre el estado de su póliza tan pronto la aseguradora nos notifique.

Note también que la gestión de su plan será realizada dentro del horario laborable de nuestra agencia, el cual es de lunes a viernes de 8:30 AM a 5:00 PM.

Si la póliza no fuese aprobada, procederemos a reembolsarle inmediatamente los pagos correspondientes. En Nehemías Toro Insurance Agent estamos comprometidos en brindarle seguridad en todos sus trámites.

Atentamente,

Nehemías Toro

CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ORGANOS

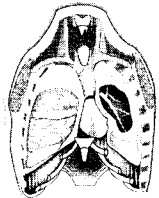
H A S T A \$ 1 , 0 0 0 , 0 0 0



Sólo en los Estados Unidos se realizan, anualmente, más de 19,000 trasplantes de órganos para ofrecerle una opción de vida saludable a personas que de otra forma, se enfrentan a una seria incapacidad o, inclusive a la muerte.

Un trasplante a tiempo es una oportunidad que no se puede rechazar. Para ello, es importante estar bien preparado (a). Y usted puede estarlo con la ayuda de los que tienen la experiencia: Pan American Life Insurance Co.

A continuación, le ofrecemos información en detalle sobre nuestra Cubierta de Trasplante de Organos.

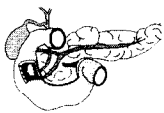


CUBIERTA DE TRASPLANTE DE ORGANOS

La Cubierta de Trasplante de Organos de Pan American Life Insurance Co. le brinda la tranquilidad de poder afrontar la carga económica que conlleva un trasplante, para que usted dirija todas sus energías hacia una pronta recuperación.

Nuestra Cubierta provee para trasplantes de:

- RIÑON
- PULMON
- CORAZON
- HIGADO
- PANCREAS
- MEDULA OSEA



SERVICIOS DE TRASPLANTE DE ORGANOS

La Cubierta de Pan American Life Insurance Co. incluye los siguientes servicios:

- Cuarto y alimentos en el hospital, servicios generales de enfermería, y servicios y materiales médicamente necesarios.
- Médico para tratamiento y cirugía de trasplante.
- Gastos de transportación y servicios médicos del donante (máximo de \$20,000).
- Gastos de transportación de la persona asegurada y un acompañante. El beneficio máximo para un acompañante es de \$5,000. Si es menor de edad, la Cubierta proveerá para los gastos de dos acompañantes.
- Enfermera privada o practicante con licencia, por recomendación médica. Este servicio será cubierto en el hospital, si su personal regular no puede ofrecer el cuidado necesario.
- Alquiler de silla de ruedas, cama de posición y equipo para el tratamiento de parálisis respiratoria, fuera del hospital.
- Medicinas recetadas. Incluye: inmunosupresivos, oxígeno, rayos X, exámenes de laboratorio y otros servicios para diagnóstico.
- Terapia de rehabilitación. Incluye: terapia del habla, auditiva, ocupacional y fisioterapia.
- Vendajes y suministros quirúrgicos.
- Segunda opinión (si la requiere la Compañía).
- Ambulancia aérea para transportar al asegurado a la institución de trasplante participante.

CUIDADO DE CUSTODIA HASTA UN MAXIMO DE \$10,000

Si por su edad, condición física o mental, la persona asegurada requiere asistencia médica o de enfermería, después de realizársele el trasplante y ser dada de alta del hospital, Pan American Life Insurance Co., le ofrece el beneficio adicional de Cuidado de Custodia, que incluye:

- cuarto, alimentos y otros servicios institucionales o de enfermería para asistirle en su diario vivir; o
- servicios médicos que se ofrecen solamente como cuidado, para mantener el presente estado de salud de la persona.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Al acogerse a nuestra Cubierta de Trasplante de Organos, tendrá a su disposición los servicios de trasplante de órganos, en cualquiera de los hospitales contratados por Pan American Life Insurance Co. en los Estados Unidos. Sin embargo, usted no está obligado (a) a emplear los servicios de una Institución de Trasplante Participante. De usted elegir los servicios de otra institución, el reembolso se hará según los términos y condiciones que estipula la Cubierta.

Algunas de las prestigiosas facilidades que prestan servicio a Pan American Life Insurance Co. son:

Stanford University Hospital, Stanford, CA	University of North Carolina, Chapel Hill, NC
Georgetown University, Washington, D.C.	Cleveland Clinic, Cleveland, OH
Egleston Childrens, Atlanta, GA	Temple University Hospital, Philadelphia, PA
Loyola University Medical Center, Chicago, IL	Childrens Hospital of Pittsburgh, PA
New England Medical Center, Boston, MA	University of Texas, Galveston, TX
Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD	Medical College of Virginia, Richmond, VA
Rochester Methodist Hospital, Rochester, MN	



Pan American Life Insurance Co. se originó en la ciudad de Nueva Orleans en 1911.

Ofrece servicio excelente y seguridad financiera en los principales mercados de El Caribe, América Latina y los Estados Unidos.

Desde su fundación, esta compañía aseguradora se ha desarrollado rápidamente.

A nivel internacional, sus sucursales y afiliadas gozan de gran prestigio.

En Puerto Rico, Pan American Life Insurance Co. abrió sus puertas en 1920. En la actualidad se enorgullece de contar con una sólida clientela que confía plenamente en la protección que brinda la experiencia y la eficiencia de un servicio de primera y productos de calidad.



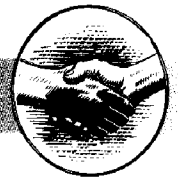
PAN AMERICAN LIFE

En Puerto Rico desde 1920

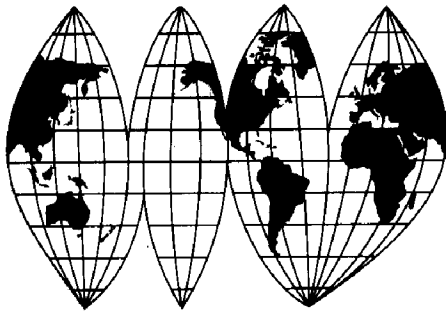
Nuestra experiencia te da seguridad.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE CO.





HASTA \$ 1,000,000



PAGO O REEMBOLSO DE BENEFICIOS

El reembolso por servicios de trasplante se hará según indicamos a continuación:

- 100% de los cargos en servicios de hospital, servicios médicos y todos los demás servicios, si el trasplante se efectúa en instituciones participantes.
- 80% de los cargos si el trasplante se realiza en una institución no participante.
- Si el trasplante no se realiza según programado, debido a la muerte o condición médica de la persona asegurada, se reembolsará todos los servicios ofrecidos hasta la muerte de la persona o la fecha en que su médico tomó la decisión de no efectuar el trasplante. Se hará por la cantidad que hubiera sido reembolsada si el trasplante hubiera sido practicado.
- Cantidad máxima reembolsable por trasplante, por persona asegurada: \$500,000.
- Máximo vitalicio para este beneficio: \$1,000,000.
- El uso de ambulancia aérea para transportar a la persona asegurada al lugar donde se efectuará el trasplante está limitado a un máximo de \$7,500 por Período de Beneficio de Trasplante (comienza 5 días antes de la fecha del trasplante y termina 12 meses después de realizado el procedimiento).

De requerir más de un trasplante el reembolso se hará durante cada Período de Beneficio, como sigue:

- Si cada Período de Beneficio es debido a causas no relacionadas entre sí, se considerarán Periodos de Beneficio separados.
- Si cada Período de Beneficio es debido a causas relacionadas entre sí, serán tratados como un solo período, excepto:
 - si están separados por el regreso del (de la) empleado (a) al trabajo activo de tiempo completo por un período de 90 días; o
 - si en caso de un dependiente, los Periodos de Beneficio están separados, al menos por 90 días consecutivos.

EXCLUSIONES

La Cubierta de Trasplante de Organos de Pan American Life Insurance Co., no reembolsará por cualquier servicio bajo las siguientes condiciones:

- cualquier cargo por tratamiento médico o suministros que no sean dados o prescritos por un médico.
- que a la persona cubierta no le sea legalmente requerido pagar si la cobertura del plan de salud no hubiera estado en vigor.
- por lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
- que sea efectuado a un donatario por una condición pre-existente hasta que éste haya estado cubierto por un período de 12 meses bajo esta póliza.
- por Cuidado de Custodia, en exceso de \$10,000 vitalicio;
- que sea relacionado con el trasplante de cualquier órgano o tejido que no sea humano;
- ofrecido por una institución o un médico fuera de los E.E.U.U.
- que sea elegible para pago bajo cualquier fondo de investigación privado o público, ya sea o no que tal fondo fue solicitado o recibido.
- que resulte de complicaciones de un procedimiento de Trasplante Cubierto, a menos que la Compañía determine que tales complicaciones son el resultado inmediato directo de un Procedimiento Cubierto.
- trasplante Cubierto si el mismo no está pre-certificado por la Compañía.
- por artefactos artificiales o mecánicos diseñados para reemplazar órganos de manera permanente o temporera.
- por lesión corporal a consecuencia de intoxicación causada por alcohol, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando dicha intoxicación sea involuntaria o sin intención.
- por trasplante de hígado para tratar abuso del alcohol o drogas;
- por trasplante de hígado para tratar Sarcoma o Hepatoma;
- por trasplante de hígado para tratar Hepatitis que es "Surface "e" antigen positive";
- por trasplante de órgano en paciente con Carcinoma excepto trasplante de médula ósea;
- cualquier lesión o enfermedad resultante en el cometimiento o atentado de cometer un asalto o combate o felonía o un acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en un motín;
- resultante por guerra o cualquier acción de guerra ya sea declarada o no, mientras esté sirviendo como un miembro de las Fuerzas Armadas o Fuerzas de Defensa.
- cuidado o tratamiento dado por un miembro de la familia inmediata del participante (padres, hijos o cónyuge).
- enfermedad o accidente autoinfligido.
- drogas o medicinas prescritas o no por un médico para uso ambulatorio excepto como se indicará en la información de cubierta.
- estarán excluidos servicios por accidente de Automóvil y servicios disponibles con arreglo a la legislación estatal o federal, por los cuales la persona asegurada no está legalmente obligada a pagar. También estarán excluidos dichos servicios cuando los mismo sean denegados por las agencias gubernamentales concernientes.

SOLICITUD PARA POLIZA DE TRASPLANTE DE ORGANOS

PARTE I

INFORMACION SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS			
PERMISO DE USO DE NOMBRE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SEGURO SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO MES DIA AÑO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO
PATRONO		OCUPACION	
DIRECCION CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONOS:	RESIDENCIA	TRABAJO	

PARTE II

INFORMACION SOBRE EL CONYUGE E HIJOS A SER CUBIERTOS (SI ALGUNO)

CONYUGE	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO
		MES	DIA	AÑO		

PARTE III

CERTIFICO que la información aquí suministrada es cierta y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que esta Solicitud no obliga a la compañía hasta ser aprobada por ésta en la Oficina Principal y la prima haya sido pagada y que ni a mí, ni a ninguna de las personas de mi familia que estarían cubiertas bajo la Póliza de trasplante de órganos les ha sido diagnosticado y ha sido tratada de cáncer, tumor maligno, SIDA, el complejo relacionado al SIDA (ARC), o condiciones relacionadas con el SIDA, o cualquier enfermedad sexualmente transmitida, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades de los pulmones, renal, hígado, genitourinario, gastrointestinal y digestivo, desórdenes de los nódulos linfáticos o de la sangre, o cualquier otra condición que se pueda relacionar con un trasplante de órganos, hasta esta fecha, excepto que esté excluido de dicha cubierta. El solicitante y el agente que firman más adelante certifican que el solicitante ha leído y leyó la Solicitud completa y que él entiende que cualquier declaración falsa o falsa representación en este documento, si es material o de riesgo, podría resultar en la pérdida de cubierta con arreglo a esta Póliza.

Por este medio autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, u otro centro médico o de servicios médicos relacionados, compañía de seguro, el Negociado de Información Médica, u otra organización, institución, o persona que tenga cualquier expediente sobre mí o mi salud, a que proporcione dicha información a Pan American Life Insurance Company, o a sus reaseguradores. Una copia fotográfica de este documento será tan válida como el original.

Por la presente solicito a PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY la Protección de Seguro Colectivo por la cantidad y condiciones por las cuales soy elegible bajo el Contrato de Seguro Colectivo emitido a mi Patrono y/o Contratante y autorizo a éste para que haga la deducción de mi salario, de la cantidad requerida, si la hubiera, para cubrir mi cuota de las primas y me reservo el derecho de revocar la autorización para dicha deducción, en cualquier tiempo mediante aviso escrito al mismo.

FECHA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O PROPUESTO ASEGURADO _____

Certifico que hice todas las preguntas al asegurado propuesto y que ha registrado correctamente todas las contestaciones suministradas aquí.

FECHA _____

FIRMA DEL AGENTE _____

Para uso de compañía
Póliza No. _____

Cert. No. _____