

Oficina Nicaragua

IICA
E15
300

por ley de esta casa

PLAN DE SEGURO COLECTIVO



IICA

JULIO DE 1973

Este folleto es solamente para su uso como fuente de referencia. No constituye un contrato. Las distintas pólizas que detallan los términos y condiciones de los diferentes beneficios, están archivadas en la División de Personal, Dirección General, San José, Costa Rica.

Si usted desea información adicional sobre el Plan de Seguros del IICA, dirjase al encargado de asuntos administrativos en su sede de trabajo, quien está en la obligación de suministrarle la información.

SC
78

PLAN DE SEGURO COLECTIVO



DIRECCION GENERAL
DIVISION DE PERSONAL
SAN JOSE, COSTA RICA

00004689

INDICE

FOLLETO EXPLICATIVO DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE SEGURO COLECTIVO DEL IICA	v
A NUESTROS FUNCIONARIOS	vii
DISPOSICIONES GENERALES	1
Quiénes pueden participar	1
Dispensa del examen médico	1
Protección familiar adicional	1
Certificado	2
Cancelación del seguro	2
 CAPITULO I	 3
SEGURO DE VIDA – BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL	3
Protección Básica del Seguro de Vida – Disposiciones Generales	4
Quiénes pueden participar	4
Entrada en vigor del seguro	4
Aviso de reclamo	4
Certificados	4
Beneficios	4
Prórroga del seguro en caso de incapacidad	5
Privilegio de conversión	5
Beneficios adicionales en caso de muerte	5
Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista	5
Beneficios para los empleados	5
Tabla de beneficios	6
Excepciones	6
Plan de Seguro de Vida Suplementario – Empleados, Cónyuges y Dependientes – Disposiciones Generales	7
Quiénes pueden participar	7
Beneficios	7
Prórroga del seguro en caso de incapacidad	7
Privilegio de conversión	8
Beneficio adicional en caso de muerte	8
 CAPITULO II	 9
SEGURO DE HOSPITALIZACION Y PROTECCION CONTRA GASTOS MEDICOS DE MAYOR CUANTIA	9
Lista de beneficios	9
Beneficios Básicos de Hospitalización	10
Cuarto y alimentación en el hospital	10
Indemnización por gastos misceláneos de hospital	10
Indemnización por gastos de maternidad y obstetricia	10
Beneficios por Gastos de Cirugía	11
Beneficios	11

	Pág. No.
Lista de operaciones – Lista de valores relativos	11
Sistema Integumentario	11
Sistema Musculoesquelético	12
Fracturas	13
Sistema Respiratorio	14
Sistema Cardiovascular	14
Sistemas Hemático y Linfático	15
Mediastinum	15
Sistema Digestivo	15
Sistema Urinario	17
Sistema Genital Masculino	18
Sistema Genital Femenino	18
Sistema Endocrino	19
Sistema Nervioso	19
Ojo	20
Oído	21
Beneficios del Médico durante la Hospitalización	21
Beneficios	21
Beneficios después de la cancelación del seguro	22
Limitaciones	22
Radiografías y Exámenes de Laboratorio con Fines de Diagnóstico	22
Beneficios	22
Beneficios después de la cancelación del seguro	22
Limitaciones	23
Exclusiones	23
Beneficios por Gastos Médicos de Emergencia	23
Beneficios por Gastos de Hospital y de Cirugía – Disposiciones Generales ..	23
Cuándo comienzan los beneficios	23
Hospitalizaciones u operaciones sucesivas	24
Beneficios posteriores a la cancelación del seguro	24
Limitaciones – Cobertura básica	24
Beneficios por Gastos Médicos de Mayor Cuantía	25
Beneficios	25
Indemnización máxima	25
Restablecimiento de la indemnización máxima	25
Período de compensación	25
Período de compensación posteriores	26
Definición de “Incapacidad”	26
Enfermedad mental	26
Gastos autorizados	27
Gastos no autorizados	27
Beneficios posteriores a la cancelación del seguro	28
Dolencias previas	28
Cómo Funciona el Plan de Seguro por Gastos Médicos de Mayor Cuantía ..	29
CAPITULO III	31
SEGURO COLECTIVO CONTRA ACCIDENTES, DESMEMBRAMIENTO E	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	31
Cobertura	31
Beneficios	31
Exclusiones	32
Cancelación	32

	Pág. No.
CAPITULO IV	33
SEGURO CONTRA LA INCAPACIDAD PROLONGADA	33
Quiénes Pueden Participar	33
Cobertura	33
Beneficios	33
Definición de Incapacidad	33
Exclusiones	34
Cancelación	34
CAPITULO V	35
SEGURO DE AUTOMOVILES	35
Automóviles Particulares	35
Indemnización por Responsabilidad Civil	35
Póliza de Colisión y Comprensiva	35
CAPITULO VI	37
SEGURO DE EQUIPAJE	37
CAPITULO VII	39
LA TRAMITACION DE LOS RECLAMOS	39
Los Reclamos para el Seguro Médico	39
Reclamos por tratamiento médico sin hospitalización	39
Reclamos por tratamiento médico con hospitalización	40
Cesión de los beneficios	40
Reclamos por Muerte	40
Reclamos por Incapacidad	40
Reclamos por Accidente	41
Reclamos bajo el Seguro de Automóviles	41
APENDICE	43
FORMULARIOS PARA LA PRESENTACION DE RECLAMOS	43
Formulario No. 1	45
Formulario No. 1 – traducción al español	47
Formulario No. 2	49
Formulario No. 2 – traducción al español	51
Formulario No. 3	53
Formulario No. 3 – traducción al español	55
Formulario No. 4	57
Formulario No. 4 – traducción al español	58
Formulario No. 5	59
Formulario No. 5 – traducción al español	61
Formulario No. 6	65
Formulario No. 6 – traducción al español	67
Formulario No. 7	69
Formulario No. 7 – traducción al español	71



**DESCRIPTION OF AVAILABLE BENEFITS UNDER
IICA'S GROUP INSURANCE PLAN**

In this booklet, we have attempted to explain as clearly and briefly as possible the benefits available to you under the Group Insurance Plan. All of the provisions of the Plan are contained in the Master Policies which are complete in detail and the final interpretation of any specific provision is governed by them. Copies of the master policies are on file in each branch office.

Participating Insurance Companies

The Insurance Company of North America (INA)

Life Insurance
Hospitalization and Major Medical Insurance

The Continental Casualty Company of Chicago

Accidental Loss of Life, Limb or Sight Insurance

Boston Mutual Life Insurance Company

Supplemental and Dependent Life Insurance
Long Term Disability Insurance

American International Underwriters

Automobile Insurance

Inter-American Assurance Company

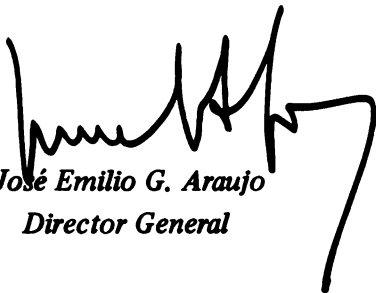
Baggage Insurance

Program Administered by
WRIGHT INTERNATIONAL CORP.
Washington, D. C.

A nuestros funcionarios:

Es un placer presentarles este folleto en el cual se explican los alcances del Plan de Seguro Colectivo del IICA y los beneficios que éste ofrece tanto para usted como para sus familiares. Estamos conscientes de que los gastos que se incurren durante una enfermedad grave, o por causa de una muerte prematura o heridas accidentales, no pueden ser sufragados dentro del presupuesto familiar. Con esta preocupación en mente, hemos puesto a la disposición de nuestros funcionarios un programa amplio de seguros. En las siguientes páginas se describe brevemente la naturaleza de cada plan.

Sinceramente,



José Emilio G. Araujo
Director General

San José, Costa Rica

DISPOSICIONES GENERALES

Quiénes Pueden Participar

Usted y sus familiares tienen derecho a participar en este plan a partir de la fecha en que usted sea contratado por el Instituto. Si usted no tomara posesión de su cargo en la fecha en que normalmente quedaría asegurado, usted y sus familiares serán elegibles a partir de la fecha en que usted inicie sus labores.

Un empleado puede obtener el seguro familiar para sí mismo, para su esposa y para sus hijos solteros, mayores de 14 días y menores de 19 años, o de 25 años en el caso de los hijos que estén estudiando en una universidad reconocida y dependan económicamente del padre.

Una empleada puede obtener el seguro familiar siempre y cuando sea viuda o divorciada y tenga a su cargo a los hijos dependientes, según la definición de los mismos en el párrafo anterior. Una empleada casada puede obtener el seguro para sí misma pero no para su esposo o hijos dependientes.

La protección contra gastos médicos de mayor cuantía se otorga a todos los hijos elegibles, desde la fecha de su nacimiento hasta la edad de 19 ó 25 años, según sea el caso de acuerdo a la definición anterior.

Dispensa del Examen Médico

No se exigirá examen médico si usted ingresa al seguro antes de haber transcurrido 30 días desde la fecha en que adquiere el derecho al mismo. Si usted ingresa después de esa fecha, deberá presentar pruebas de asegurabilidad para usted y para sus familiares. Si usted no llena este requisito no podrá obtener el seguro.

Protección Familiar Adicional

Si usted no tiene familia, tendrá derecho al seguro familiar a partir de la fecha en que tenga un familiar. No se exigirá el examen médico si usted solicita la protección familiar antes de haber transcurrido 30 días desde la fecha en que el familiar haya ingresado en su familia.

Certificado

Cuando usted se asegure, las compañías de seguros le harán llegar los certificados correspondientes.

Cancelación del Seguro

Su seguro caduca el último día del mes siguiente al mes en el cual usted cesa en su empleo con el Instituto. El IICA le concede así un plazo razonable para hacer los ajustes necesarios en su nueva situación.

Si el seguro se cancela por muerte del empleado, se prorrogará la vigencia de los beneficios de hospitalización y gastos médicos de mayor cuantía, así como también la cobertura del seguro de automóviles, hasta el final del año fiscal del IICA en curso (30 de junio) o durante seis meses después de la muerte del empleado, cualquiera que sea el plazo mayor. Esta prórroga de los beneficios del seguro correrá por cuenta de los beneficiarios, y se concederá con el fin de aliviar el trauma sufrido por la familia del empleado a raíz de su muerte.

CAPITULO I
SEGURO DE VIDA
BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL

Beneficios del Seguro de Vida (monto del Seguro*)	Una suma igual a dos veces el sueldo anual redondeado al millar próximo superior. Cobertura máxima – US\$50.000.
Beneficios por Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista (beneficio máximo*)	Una suma igual a dos veces el sueldo anual redondeado al millar próximo superior. Cobertura máxima – US\$50.000.
Beneficios adicionales del Seguro de Vida (para empleados)	Mínimo: US\$10.000; Máximo: US\$30.000
Beneficios adicionales por Muerte accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista (para empleados)	Mínimo: US\$10.000; Máximo: US\$30.000
Seguro de Vida para Dependientes	Cónyuge: US\$2.000 Cada hijo: US\$1.000

* En el caso de un empleado que haya cumplido los 65 años en o antes de la fecha efectiva de su seguro, el total asegurado y el beneficio máximo serán la mitad del total asegurado y el beneficio máximo que se aplicarían en los demás casos. En el caso de un empleado que no haya cumplido aún los 65 años en la mencionada fecha efectiva, el total asegurado y el beneficio máximo quedarán reducidos a la mitad a partir del 1° de julio que coincida con o siga a la fecha en que el interesado cumpla los 65 años.

PROTECCION BASICA DEL SEGURO DE VIDA (Unicamente para empleados)

DISPOSICIONES GENERALES

Quiénes Pueden Participar

Usted tiene derecho al seguro de vida y los beneficios por muerte accidental que se describen en esta sección, si usted es empleado de tiempo completo en la categoría de personal profesional internacional del IICA.

Entrada en Vigor del Seguro

Usted está asegurado bajo este plan a partir de la fecha de su empleo. Si su clasificación cambiara se harán los ajustes necesarios en el monto y el costo del seguro de vida se harán a partir de la fecha de este cambio, siempre y cuando usted esté ejerciendo sus funciones, o de lo contrario, en la fecha en que usted regrese al trabajo.

Aviso de Reclamo

Cuando haya lugar a un reclamo, usted deberá notificar al IICA tan pronto como sea posible para que el Instituto pueda tramitar el pago de los beneficios correspondientes. En el Capítulo VII se dan instrucciones completas acerca de cómo llenar los formularios de reclamo.

Certificados

Cada empleado asegurado recibirá un certificado en el cual se explican los pormenores y los beneficios de la póliza.

Beneficios

En caso de muerte, por cualquier causa que sea, se pagará el total asegurado bajo el Plan, ya sea mediante el pago de una suma global o de pagos mensuales iguales, si usted así lo ha solicitado, al último beneficiario designado por usted que conste en los registros correspondientes. Usted puede cambiar de beneficiario cuando desee.

Prórroga del Seguro en Caso de Incapacidad

Si antes de cumplir los 60 años usted sufriera una incapacidad total y permanente, estando asegurado bajo la Póliza de Seguro de Vida de Grupo, dicho seguro seguirá vigente (con dispensa del pago de primas) mientras continúe su incapacidad total, siempre y cuando usted presente las pruebas necesarias de la existencia y la continuación de tal incapacidad.

Privilegio de Conversión

Si su seguro se cancelara por haber terminado usted su empleo con el IICA o por haber dejado de pertenecer a una categoría de empleados elegibles, usted podrá convertir su seguro de vida a una de las pólizas individuales normalmente emitidas por la Insurance Company of North America, excepto una póliza a plazo fijo (term insurance). Usted debe solicitar dicha conversión y pagar la prima correspondiente durante los 31 días siguientes a la terminación de su empleo.

La prima se calculará en base a su edad cumplida y de acuerdo a la clase de riesgo que le corresponda en esa fecha. No se requerirá examen médico.

Beneficios Adicionales en Caso de Muerte

Si el asegurado muere antes de haber transcurrido los 31 días permitidos para la conversión de su póliza, se pagará el total asegurado bajo la póliza cancelada aun cuando no se haya solicitado por escrito la conversión.

MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y PERDIDA DE LA VISTA

BENEFICIOS PARA LOS EMPLEADOS

De acuerdo a lo estipulado en el Plan de Seguros, si usted perdiera la vida, la vista o un miembro del cuerpo, como resultado de lesiones físicas accidentales, y dicha pérdida ocurriera durante los 90 días siguientes a las mencionadas lesiones, se pagará una indemnización adicional al seguro de vida básico descrito en la página 4. Dicho beneficio se pagará en la forma siguiente:

TABLA DE BENEFICIOS

Por la Pérdida de:

La Vida	El beneficio máximo
Una mano	La mitad del beneficio máximo
Un pie	La mitad del beneficio máximo
Un ojo	La mitad del beneficio máximo
Más de uno de los miembros arriba citados, en el mismo accidente.	El beneficio máximo

Por “pérdida de una mano o de un pie” se entiende el desmembramiento producido por la separación del miembro a través de o encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. Por “pérdida de un ojo” se entiende la pérdida total e irrevocable de la vista en ese ojo.

La indemnización por pérdida de la vida se le pagará al beneficiario que usted haya designado, si éste viviere aún, y en caso contrario, a su sucesión. Todas las demás indemnizaciones se le pagarán directamente a usted.

Excepciones

No se pagará beneficio alguno por los siguientes conceptos:

1. Pérdidas sufridas después de haber transcurrido noventa días desde la fecha del accidente que haya causado la pérdida;
2. Pérdidas producidas por accidentes sufridos cuando el interesado no estaba cubierto por esta póliza;
3. Pérdidas producidas directa o indirectamente, total o parcialmente, por las siguientes causas, o pérdidas producidas principalmente por alguna de ellas:
 - a) enfermedades, males o dolencias físicas o mentales, o tratamiento médico o quirúrgico;
 - b) intoxicaciones con tomañas;
 - c) infecciones bacterianas (excepto infecciones piógenas resultantes de una cortada o herida accidental);
 - d) el servicio militar, naval o aéreo, o el estado de guerra o cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no, ya sea que el interesado pertenezca o no al servicio militar, naval o aéreo;
 - e) el suicidio o un intento de suicidio; o
 - f) la participación en operaciones o actividades aeronáuticas, excepto en calidad de pasajero en un avión debidamente autorizado y como pasajero de un avión propiedad del gobierno y operado por éste.

PLAN DE SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO EMPLEADOS, CONYUGES Y DEPENDIENTES

DISPOSICIONES GENERALES

Quiénes Pueden Participar

Todos los empleados asegurados bajo el Plan Básico de Seguro de Vida tienen derecho a participar en el Plan Suplementario. El empleado puede solicitar a la Boston Mutual Life Insurance Company un seguro adicional por un mínimo de US\$10.000 o hasta un máximo de US\$30.000. La División de Personal puede facilitarle los formularios necesarios.

Los cónyuges y los hijos dependientes tienen derecho al seguro de vida, siempre y cuando el empleado haya participado en el Plan Suplementario de Seguro de Vida mencionado en el párrafo anterior. La División de Personal puede también facilitarles todos los formularios necesarios para solicitar este seguro.

La inclusión de la cónyuge y los hijos dependientes en el Plan Suplementario de Seguro de Vida queda a elección del empleado asegurado bajo el mismo.

Beneficios

En caso de muerte del empleado, de su cónyuge o de un hijo dependiente, se pagará el total asegurado que aparece en la lista arriba citada, ya sea en una suma global o en pagos mensuales iguales. Usted puede cambiar de beneficiario cuando desee.

Prórroga del Seguro en Caso de Incapacidad (Únicamente para empleados)

Si antes de cumplir los 60 años usted sufriera una incapacidad total y permanente, estando asegurado bajo la Póliza de Seguro de Vida de Grupo, dicho seguro seguirá vigente (con dispensa del pago de primas) mientras continúe su incapacidad total, siempre y cuando usted presente las pruebas necesarias de la existencia y la continuación de tal incapacidad.

Privilegio de Conversión
(Únicamente para empleados)

Si su seguro se cancelara por haber terminado su empleo con el IICA o por haber dejado de pertenecer a una categoría de empleados elegibles, usted podrá convertir su seguro de vida a una de las pólizas individuales normalmente emitidas por la Boston Mutual Life Insurance Company, excepto una póliza a plazo fijo (Term Insurance). Usted debe solicitar dicha conversión y pagar la prima correspondiente durante los primeros 31 días siguientes a la terminación de su empleo.

La prima se calculará en base a su edad cumplida y de acuerdo a la clase de riesgo que le corresponda en esa fecha. No se requerirá examen médico.

Beneficio Adicional en Caso de Muerte

Si el asegurado muriere antes de haber transcurrido los 31 días permitidos para la conversión de su póliza, se pagará el total asegurado bajo la póliza cancelada aun cuando no se haya solicitado por escrito la conversión.

CAPITULO II

SEGURO DE HOSPITALIZACION Y PROTECCION CONTRA GASTOS MEDICOS DE MAYOR CUANTIA

Lista de Beneficios

Indemnización por Gastos de Hospital	
Indemnización diaria máxima por cuarto de hospital y alimentación	US\$ 14,00
Período máximo de pago por cuarto	31 días
Gastos varios en hospital (misceláneos)	US\$200,00
Indemnización por Gastos de Cirugía	
Valor por unidad en dólares	US\$ 4,50
Indemnización por gastos de maternidad y obstetricia	
Malparto o aborto	US\$ 90,00
Indemnización por parto normal	US\$180,00
Indemnización por operación cesárea	US\$320,00
Indemnización por gastos de médico durante la hospitalización	
Indemnización diaria máxima	US\$ 3,00
Período máximo de indemnización	31 días
Indemnización por gastos de laboratorio y radiografía con fines de diagnóstico	
Indemnización máxima (anual)	US\$ 40,00
Indemnización por gastos médicos de emergencia	
Indemnización máxima	US\$ 15,00
Indemnización por gastos médicos de mayor cuantía	
Indemnización máxima	US\$5.000,00
Indemnización diaria máxima por cuarto y alimentación justificada por razones médicas	US\$ 20,00
Factor de coaseguro	80%
Deducible	US\$ 30,00

Si usted desea mantener el seguro de hospitalización durante un viaje de estudio en los Estados Unidos, debe dirigirse a un funcionario de la División de Personal, para obtener información acerca de la cobertura que puede obtener y el costo de la misma.

BENEFICIOS BASICOS DE HOSPITALIZACION (Para usted y sus familiares)

Cuarto y Alimentación en el Hospital

En caso de hospitalización por cualquier motivo excepto el embarazo, usted y sus familiares recibirán un reembolso hasta por un máximo de US\$14,00 diarios por los gastos de cuarto y alimentación en el hospital; la indemnización máxima por este concepto será de US\$434,00 (31 días)

Indemnización por Gastos Misceláneos de Hospital

Se pagará hasta un máximo de US\$200,00 por concepto de servicios y suministros hospitalarios necesarios, tales como sala de cirugía, procedimientos de laboratorio, radiografías, drogas y vendas. Se incluye el servicio de ambulancia, ya sea que éste sea cobrado por el hospital o por la compañía de ambulancias.

Indemnización por Gastos de Maternidad y Obstetricia

En casos de hospitalización por embarazo, se pagará hasta US\$180,00 por gastos de cuarto y alimentación y los servicios y suministros necesarios, incluyendo gastos de obstetricia, en que se incurra por causa de un mismo embarazo. Si el embarazo culmina en una operación cesárea, la indemnización máxima será de US\$320,00. Si el embarazo culmina en malparto o aborto, la indemnización máxima será de US\$90,00.

Las esposas de los empleados tendrán derecho a estos beneficios de maternidad y obstetricia siempre y cuando hayan estado aseguradas desde el comienzo del embarazo.

Las empleadas tendrán derecho a estos beneficios de maternidad y obstetricia únicamente cuando hayan estado cubiertas por el seguro familiar durante un mínimo de 9 meses.

BENEFICIOS POR GASTOS DE CIRUGIA (Para usted y sus familiares)

Beneficios

En caso de practicarse a un empleado o a un familiar suyo una de las intervenciones quirúrgicas enumeradas a continuación, para el tratamiento de una enfermedad, dolencia o lesión física accidental, se pagará una indemnización por gastos de cirugía igual a las sumas realmente cobradas al asegurado por gastos de cirugía. Este pago, sin embargo, no será mayor que el total obtenido multiplicando el valor unitario (US\$4,50) por el número de unidades especificadas para cada operación enumerada:

LISTA DE OPERACIONES (Para Asegurados)

LISTA DE VALORES RELATIVOS

PROCEDIMIENTO	VALOR UNITARIO	
	Cirugía	Anestesia Valor Unitario o US\$20,00, lo que sea mayor
SISTEMA INTEGUMENTARIO		
Piel, Membrana Mucosa, Tejidos Subcutáneos y Areolares		
Incisión – Drenaje de quiste pilonidal	* 2.0	
Excisión y sutura simple		
Biopsia: excisión de la piel, el tejido subcutáneo o la membrana mucosa para biopsia, incluyendo sutura simple (procedimiento separado)	3.0	

Procedimiento**VALOR UNITARIO**
Cirugía**Anestesia**
Valor Unitario
o US\$20,00, lo
que sea mayor

Excisión – incluyendo sutura simple, de lesiones BENIGNAS de la piel, el tejido subcutáneo o la membrana mucosa; una:		
Lesión hasta de 1/4 pulgada de diámetro	4.0	3.0
Lesión de 1/2 a 3/4 pulgada de diámetro	6.0	3.0
Excisión – incluyendo sutura simple, o tratamiento por cualquier otro método (excepto la radiación) de lesiones MALIGNAS de la piel o la membrana mucosa (excepto melanomas) – incluyendo anestesia local		
Excisión de la uña o de la matriz de la uña, parcial o completa	10.0	3.0 (Únicamente anestesia general)
Curación – simple		-
Heridas recientes, hasta de 2½ pulgadas	* 2.0	3.0
Curación – compleja		
Injertos de la Piel		
Injerto dividido de la piel, hasta de 16 pulgadas cuadradas: tronco, cuero cabelludo, brazos, piernas, manos y pies (excepto dígitos múltiples)	25.0	3.0
Injerto completo, libre, hasta de 3 pulgadas cuadradas, incluyendo sutura directa del sitio donador: tronco	20.0	3.0
Mama		
Excisión		
Biopsia de la mama	15.0	3.0
Mastectomía completa (simple)	30.0	3.0
Mastectomía radical, incluyendo la mama, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares	70.0	3.0
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO		
Los valores indicados incluyen la aplicación del primer enyesado o aparato de tracción únicamente. No se indemnizará el costo de los enyesados o aparatos de tracción que se requieran posteriormente.		
Excisión		
Biopsia del hueso: radial, ulnar, fíbula, cráneo, esternón	10.0	3.0
Patelectomía o hemi-patelectomía	50.0	3.0
Fusión de la columna vertebral, región torácica, técnica intercuerpo: anterior, lateral o posterior	100.0	7.0

Procedimiento

VALOR UNITARIO
Cirugía **Anestesia**
 Valor Unitario
 o US\$20,00, lo
 que sea mayor

FRACTURAS

Se autorizará solamente una indemnización por la reducción de una fractura durante las primeras dos semanas de tratamiento. No se indemnizará la reducción cerrada si se practica una reducción abierta durante las dos semanas siguientes a la reducción cerrada. En tales casos, la indemnización máxima será igual al valor unitario que se indique para la reducción abierta.

Huesos faciales

Mandíbula, fractura simple o compuesta

Reducción cerrada y unión de la dentadura con alambres 30.0 4.0

Reducción abierta con o sin unión de la dentadura con alambres 50.0 4.0

Extremidad superior

Húmero, fractura del cuello quirúrgico

Simple, requiriendo reducción cerrada 30.0 3.0

Simple o compuesta, reducción abierta 50.0 3.0

Radio y ulna, fractura de diáfisis

Simple, con reducción cerrada 25.0 3.0

Simple o compuesta, con reducción abierta 50.0 3.0

Extremidad inferior

Fémur, fractura de cuello o intertrocantérica, simple o compuesta, reducción abierta

80.0 5.0

Tobillo, fractura bimalleolar (incluyendo Potts)

Simple, con reducción cerrada 25.0 3.0

Simple o compuesta, con reducción abierta 50.0 3.0

Articulaciones**Excisión**

Arrectomía – Excisión de la articulación

Menisectomía: excisión del cartílago semilunar de la articulación de la rodilla 50.0 3.0

Reparación

Artroplastía – Operación plástica o reconstructiva en la articulación, de cualquier tipo a menos que se especifique lo contrario

Articulación metatarso-falángica: operación de un bunio, tipo Silver 20.0 3.0

Artrodesis – Fusión de la articulación

Cadera 100.0 5.0

Dislocaciones

Hombro (húmero), simple, reducción cerrada con anestesia local

* 5.0 3.0

(Únicamente
 anestesia
 general)

Procedimiento

VALOR UNITARIO
Cirugía **Anestesia**
 Valor Unitario
 o US\$20,00, lo
 que sea mayor

Tendones, Vainas del Tendón y Fascia

Excisión – Excisión de un quiste sinovial del espacio poplíteo (quiste de Baker)	30.0	5.0
Reparación		
Reparación o sutura de un tendón flexor, primario o tardío		
Dedo, mano o antebrazo, pie o pierna	30.0	3.0
Ruptura del tendón de Aquiles de su inserción en el talón	45.0	3.0

SISTEMA RESPIRATORIO**Nariz****Excisión**

Excisión de pólipos nasales, uno más, unilateral o bilateral, en una o más etapas, complicado, que requiera hospitalización	20.0	3.0
Resección submucosa, clásica, del septo nasal	30.0	3.0

Senos Paranasales**Incisión**

Antrotomía, intranasal, radical (Caldwell–Luc), unilateral	50.0	3.0
Sinusotomía unilateral, combinada, externa, frontal, etmoidal y esfenoidal	80.0	3.0

Laringe

Excisión – Laringectomía con disección del cuello	140.0	6.0
Endoscopia – Laringoscopia directa diagnóstica (procedimiento separado)	10.0	4.0

Tráquea y Bronquios

Incisión – Traqueotomía (procedimiento separado)	20.0	4.0
Endoscopia – Broncoscopia diagnóstica con biopsia	20.0	4.0
Excisión – Lobectomía: total, subtotal o segmentaria	100.0	11.0

SISTEMA CARDIOVASCULAR**Corazón y Pericardio**

Excisión – Excisión de tumor intracardíaco	200.0	15.0
Introducción – Los valores indicados incluyen la preevaluación acostumbrada del problema clínico y el registro de las presiones intracardíacas.		
Cateterización del corazón (procedimiento separado)		
Derecha	35.0	
Izquierda, transeptal	20.0	

Incluido en el valor
de la cirugía

Procedimiento

VALOR UNITARIO
Cirugía **Anestesia**
 Valor Unitario
 o US\$20,00, lo
 que sea mayor

Reparación

Válvula aórtica, valvuloplastia por estenosis o insuficiencia (abierta)	200.0	15.0
Válvula mitral, valvotomía o comisurotomía (cerrado)	140.0	15.0
Comunicación interauricular (tipo ostium secundum por defecto de la almohadilla endocárdica) (abierto)	180.0	15.0
Comunicación interventricular (abierto)	180.0	15.0

Arterias y Venas**Excisión**

Tromboendarterectomía, de aorta abdominal y arterias ilíacas y/o arterias femorales	150.0	13.0
Excisión e injerto, en aorta abdominal	150.0	13.0

Introducción - Transfusión método indirecto 2.0

no se indemnizará

Sutura

Ligadura y división del ductus arteriosus	100.0	13.0
Ligadura y división y extracción completa de las venas safena mayor y safena menor		
Unilateral	40.0	3.0
Bilateral	60.0	3.0

SISTEMAS HEMATICO Y LINFATICO**Bazo**

Excisión - Esplenectomía	60.0	6.0
Ganglios linfáticos y Conductos linfáticos		
Excisión - Linfadenectomía radical (resección radical de los ganglios linfáticos)		
Cervical (completa) unilateral	80.0	4.0

MEDIASTINUM

Incisión - Mediastinotomía con exploración o drenaje, abordaje cervical	40.0	12.0
---	------	------

SISTEMA DIGESTIVO**Dientes y Periodoncio**

Drenaje de absceso alveolar, agudo con celulitis, intraoral	* 2.0	3.0
---	-------	-----

TODOS LOS DEMAS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LOS DIENTES Y EL PERIODONCIO ESTAN EXCLUIDOS

Glándulas y Conductos Salivares

Excisión - Excisión de tumor parotideo o glándula, superficial, con disección del nervio	60.0	3.0
--	------	-----

Procedimiento**VALOR UNITARIO**
Cirugía Anestesia
Valor Unitario
o US\$20,00, lo
que sea mayor**Adenoides y Tonsilas****Excisión**

Tonsilectomía, con o sin adenoidectomía

Menores de 18 años

15.0

3.0

18 años y mayores

20.0

3.0

Esófago**Excisión**Esofagectomía: resección transpleural o
extrapleural de esófago (dos tercios superiores)

120.0

12.0

Excisión local con anastomosis término terminal

90.0

12.0

EstómagoIncisión — Píloromiotomía: corte del músculo
pilórico (operación tipo Fredet—Ramstedt)

50.0

6.0

Excisión — Subtotal o hemi—gastrectomía, con
vagotomía

90.0

6.0

Sutura

Gastroyeyunostomía, con vagotomía

75.0

6.0

Revisión de anastomosis gastroduodenal (gastro-
duodenostomía) con reconstrucción y con
vagotomía

100.0

6.0

Intestinos (excepto el recto)**Excisión**Excisión de una o más lesiones del intestino
delgado o grueso que no requiera anastomosis,
exteriorización o fistulización, enterotomía simple

60.0

4.0

Enterointerostomía: anastomosis

60.0

5.0

Destrucción — Enterolisis (liberación de adherencias
intestinales) con obstrucción intestinal aguda

60.0

5.0

Apéndice

Excisión — Apendicectomía

40.0

4.0

Recto

Endoscopia (procedimiento separado)

Proctosigmoidoscopia, diagnóstico

Inicial

3.0

3.0

Con biopsia, inicial

5.0

3.0

Ano**Incisión**

Fistulotomía o fistulectomía, submuscular

40.0

3.0

Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal
(procedimiento separado)

10.0

3.0

Procedimiento**VALOR UNITARIO**
Cirugía **Anestesia**
Valor Unitario
o US\$20,00, lo
que sea mayor**Excisión**

Fisurectomía con o sin esfinterotomía	20.0	3.0
Hemorroidectomía, interna y externa	30.0	3.0

Conducto Biliar

Excisión – Colectomía, con exploración abierta del conducto común	70.0	5.0
---	------	-----

Páncreas

Reparación – Marsupialización de quiste del páncreas	60.0	6.0
--	------	-----

Abdomen, Peritoneo y Omento

Incisión – Laparotomía exploratoria: celiotomía exploratoria	40.0	4.0
--	------	-----

Reparación

Hernioplastia, herniorrafia, hemiotomía		
Inguinal, unilateral	35.0	3.0
Ventral, incisional	45.0	3.0
Umbilical, menores de 5 años	30.0	3.0

SISTEMA URINARIO**Riñón****Incisión**

Nefrolitomía, remoción de cálculo	80.0	5.0
División o transección de vasos renales aberrantes (procedimiento separado)	70.0	5.0

Excisión – Nefrectomía, incluyendo ureterotomía parcial	80.0	5.0
---	------	-----

Uréter

Incisión – Ureterolitotomía, cuarta porción inferior	80.0	5.0
--	------	-----

Vejiga Urinaria**Excisión**

Cistectomía, parcial	70.0	6.0
Excisión de tumor de la vejiga	60.0	5.0
Resección transuretral de tumor de la vejiga, grande	60.0	5.0

Introducción

Cistoscopia (procedimiento separado)		
Diagnóstica, de oficina, inicial, con cateterización uretral	8.0	Incluido en el valor de la cirugía

Procedimiento

VALOR UNITARIO
Cirugía **Anestesia**
 Valor Unitario
 o US\$20,00, lo
 que sea mayor

Nervios Periféricos y otros Nervios y Ganglios Extracraneanos**Reparación**

Neurorrafia – Sutura del nervio Primario – brazo o pierna (excepto ciático)	40.0	3.0
Neuroplastía – procedimiento plástico en nervio intacto		
Liberar nervio de una cicatriz, incluyendo adherencias internas y externas y transposición fuera del área de la cicatriz, en mano o en pie	20.0	3.0
Transplante del nervio ulnar, codo, incluyendo neurolisis (procedimiento separado)	25.0	3.0

OJO**Córnea**

Incisión – Remoción de cuerpo extraño de la superficie de la córnea	* 2.0	No se indemnizará
Excisión – Pterigión	25.0	4.0
Reparación – Queratoplastía (transplante de córnea), lamelar	100.0	8.0

Esclerótica

Incisión – Esclerotomía, incisión quirúrgica para remover cuerpo extraño intraocular (con o sin imán)	50.0	6.0
---	------	-----

Iris y Cuerpo Ciliar

Excisión – Iridectomía, periférica	50.0	4.0
------------------------------------	------	-----

Cristalino

Excisión – Extracción del lente, intracapsular, extracapsular o lineal, unilateral	80.0	8.0
--	------	-----

Retina

Reparación – Reinserción de la retina, electrocoagulación, resección escleral, buckling o entubamiento parcial	100.0	7.0
--	-------	-----

Músculos Extraoculares

Incisión, excisión y reparación – Cualquier tipo de operación muscular que involucre uno o más músculos de uno o ambos ojos, hecha en una etapa	60.0	4.0
---	------	-----

Procedimiento

VALOR UNITARIO
Cirugía **Anestesia**
 Valor Unitario
 o US\$20,00, lo
 que sea mayor

OIDO**Oído Medio**

Incisión – Miringotomía; timpanotomía; plicotomía, con o sin insuflación y/o aspiración del conducto de Eustaquio	* 3.0	3.0
Excisión – Mastoidectomía, radical modificada o radical, sin injerto de piel	80.0	4.0
Reparación		
Miringoplastía, sin complicaciones	80.0	4.0
Timpanoplastía, con mastoidectomía	120.0	3.0
Movilización del estribo, primaria o secundaria	70.0	4.0
Oído Interno		
Incisión – Fenestración del canal semicircular	100.0	6.0

A los procedimientos que no estén específicamente incluidos en la lista, y a los que no estén específicamente excluidos bajo los términos de la Póliza, se les atribuirán valores comparables a los valores de los procedimientos que más se les asemejen entre los que aparecen en esta lista.

* Si un procedimiento marcado con asterisco requiere hospitalización, se agregarán dos unidades al Valor Unitario (Cirugía). Si un procedimiento marcado con asterisco se realiza durante la visita inicial a la oficina, se agregará una unidad adicional al Valor Unitario (Cirugía).

SERVICIOS DEL MEDICO DURANTE LA HOSPITALIZACION
(Para usted y sus familiares)

Beneficios

Durante una hospitalización motivada por una lesión o enfermedad se pagará una indemnización de hasta US\$3,00 diarios por los servicios de un médico, siempre y cuando dicha hospitalización comience durante la vigencia del seguro. La indemnización máxima será de US\$93,00.

Por ejemplo, después de los primeros 10 días de hospitalización, el tratamiento médico se compensará hasta por una suma de US\$30,00, cualquiera que sea el número de visitas que haya hecho el médico.

En caso de practicarse una intervención quirúrgica, se indemnizará por el tratamiento médico que se reciba el mismo día de la operación o al día siguiente, únicamente cuando el médico que da el tratamiento sea distinto al que practicó la operación.

Beneficios Después de la Cancelación del Seguro

Se pagarán beneficios por el tratamiento que se reciba durante un período de hospitalización que se produzca durante los 3 meses siguientes a la cancelación del seguro. Esta hospitalización, sin embargo, deberá producirse durante un período de incapacidad total e ininterrumpida desde la fecha de cancelación del seguro.

Limitaciones

No se pagará indemnización alguna por concepto de embarazo, radiografías o tratamiento odontológico, exámenes de la vista, drogas, vendas, medicina, servicios de enfermera, accidentes de trabajo o enfermedades que estén cubiertas por un seguro de riesgos profesionales.

RADIOGRAFIAS Y EXAMENES DE LABORATORIO CON FINES DE DIAGNOSTICO (Para usted y sus familiares)

Beneficios

Se pagarán beneficios por gastos de radiografía y exámenes de laboratorio que hayan sido practicados por recomendación de un médico. Estos exámenes diagnósticos se indemnizarán hasta por un total de US\$40,00 por año, por accidentes o enfermedades, cuando se trate de exámenes hechos fuera de un hospital –por ejemplo, en un consultorio médico o en un laboratorio.

Los exámenes que se hagan en un hospital se compensarán únicamente cuando no estén cubiertos bajo el plan de hospitalización.

Beneficios Después de la Cancelación del Seguro

Estos beneficios se pagarán dentro de los 3 meses siguientes a la cancelación del seguro, siempre y cuando el examen se haya realizado durante un período de incapacidad total e ininterrumpida desde la fecha de cancelación del seguro.

Limitaciones

No se pagará indemnización alguna por concepto de embarazo, exámenes odontológicos o de la vista (excepto en caso de lesiones), accidentes de trabajo o enfermedades que estén cubiertas por un seguro de riesgos profesionales.

Exclusiones

El seguro no cubre radiografías hechas sin película ni servicios relacionados con procedimientos o tratamientos odontológicos.

BENEFICIOS POR GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA (Para usted y sus familiares)

Se pagará una suma hasta de US\$15,00 por gastos que incurra un asegurado o un dependiente asegurado, por los servicios profesionales de un médico legalmente capacitado, prestados en su consultorio, en el tratamiento de lesiones físicas accidentales. Dicho tratamiento deberá efectuarse durante las primeras 48 horas después del accidente que causó dichas lesiones. Este beneficio se pagará únicamente en aquellos casos que no involucren otros gastos médicos cubiertos por otras disposiciones de esta póliza.

BENEFICIOS POR GASTOS DE HOSPITAL Y DE CIRUGIA

DISPOSICIONES GENERALES

Cuándo Comienzan los Beneficios

Para tener derecho a los beneficios de hospitalización, el interesado deberá permanecer durante un mínimo de 18 horas en un hospital legalmente constituido, por recomendación de un médico o cirujano calificado. Sin embargo, el derecho a los beneficios comenzará a correr de inmediato cuando se trate de atenciones de emergencia por lesiones o cuando sea necesaria una intervención quirúrgica.

Hospitalizaciones u Operaciones Sucesivas

El empleado tiene derecho a la indemnización máxima por cada período separado de incapacidad.

Los miembros de su familia tendrán derecho a la indemnización máxima por cada hospitalización (u operación) cuando éstas se produzcan por causas distintas. Sin embargo, cuando las hospitalizaciones (u operaciones) se produzcan por la misma causa, el interesado tendrá derecho a una indemnización máxima separada por cada hospitalización que se produzca después de que el empleado haya regresado al trabajo activo a tiempo completo por un mínimo de cinco días laborables consecutivos. En el caso de un dependiente asegurado, su hospitalización u operación deberá producirse a un intervalo mínimo de 60 días después de la hospitalización anterior.

Beneficios Posteriores a la Cancelación del Seguro

Se pagarán beneficios por una hospitalización u operación que ocurra en el transcurso de los 3 meses siguientes a la cancelación del seguro, siempre y cuando la hospitalización u operación se produzca durante un período en que la incapacidad sea total e ininterrumpida desde la fecha de cancelación del seguro.

Si existe embarazo en la fecha de cancelación del seguro, los beneficios de maternidad se pagarán por ese embarazo. Sin embargo, no se pagará beneficio alguno por el nacimiento del niño.

Limitaciones – Cobertura Básica

Bajo este capítulo, no se pagará ningún beneficio por concepto de gastos de odontología, gastos médicos, honorarios de enfermera especial, accidentes de trabajo ni enfermedades que estén cubiertas por un seguro de riesgos profesionales, ni por una hospitalización que haya comenzado antes de entrar en vigencia este seguro.

BENEFICIOS POR GASTOS MEDICOS DE MAYOR CUANTIA (Para usted y sus familiares)

Beneficios

Si usted o sus familiares incurrieren en gastos autorizados después de la fecha de entrada en vigor del seguro por gastos médicos de mayor cuantía, se le reembolsará el 80 por ciento de los gastos incurridos durante el período de compensación, cuando dichos gastos sean mayores a:

- a) los beneficios pagaderos bajo el plan básico de hospitalización y cirugía, y
- b) un deducible de US\$30,00.

Indemnización Máxima

La indemnización máxima por cada período de compensación será de US\$5.000 para usted y US\$5.000 para cada miembro de su familia.

Si usted y/o uno o más de sus familiares resultare herido en un mismo accidente, el deducible de US\$30,00 se aplicará una sola vez; los beneficios separados de US\$5.000 se pagarán individualmente por cada persona.

Restablecimiento de la Indemnización Máxima

A un asegurado o un familiar asegurado que haya adquirido derecho a US\$1.000 ó más de la indemnización máxima, se le restablecerá el derecho al beneficio máximo en relación con una incapacidad determinada si se le presentan a la compañía de seguros pruebas satisfactorias de la asegurabilidad de dichas personas. Dichas pruebas deberán facilitarse sin costo alguno a la compañía.

Período de Compensación

El período durante el cual se pagarán las indemnizaciones por un accidente o una enfermedad empezará a correr desde el comienzo de cualquier período de 90 días consecutivos o menos, durante el cual usted o sus familiares hayan incurrido gastos autorizados que:

- a) no sean pagaderos bajo el plan básico de hospitalización y cirugía,
y
- b) alcancen una suma al menos igual al deducible.

El período de compensación seguirá corriendo hasta el final de un período de 90 días durante el cual ni usted ni sus familiares hayan recibido tratamiento ni incurrido gastos por dicho accidente o enfermedad.

Ningún período de compensación correrá por más de dos años.

Períodos de Compensación Posteriores

Si un asegurado o un dependiente asegurado incurriere en gastos autorizados adicionales motivados por una incapacidad cuyo período de compensación ha vencido y si no se hubiere pagado aún el beneficio máximo respecto a dicha incapacidad, los períodos subsiguientes de compensación respecto a dichos gastos reconocidos se establecerán de acuerdo a todas las disposiciones correspondientes de la póliza y de este capítulo.

Definición de “Incapacidad”

Para los efectos de esta sección, el término “incapacidad” significa una disfunción física, excepto el embarazo pero incluyendo las complicaciones relacionadas con el embarazo (según se definen en la póliza); lesión física accidental; y enfermedad mental. Todas las lesiones físicas sufridas en un mismo accidente se considerarán como una misma incapacidad. Todas las disfunciones físicas y enfermedades mentales debidas a la misma causa o causas relacionadas entre sí, se considerarán como una misma incapacidad.

Enfermedad Mental

Si usted o sus familiares incurrieren gastos autorizados a raíz de una hospitalización por enfermedad mental o desórdenes funcionales del sistema nervioso, tendrán derecho a los mismos beneficios que por cualquier otra enfermedad o accidente. Sin embargo, si no hay hospitalización, se pagará únicamente el 50 por ciento (en vez del 80%) de los gastos autorizados que sobrepasen la cantidad señalada como deducible.

Además, la indemnización máxima durante cualquier período de 12 meses consecutivos por incapacidad causada por enfermedad mental o desórdenes funcionales del sistema nervioso será de US\$300,00. Si el asegurado sufre hospitalización por desórdenes mentales o nerviosos, dicha incapacidad se regirá por las mismas disposiciones que rijan para el plan básico y el de gastos médicos de mayor cuantía.

Gastos Autorizados

Por gastos autorizados se entienden todos los gastos normales o acostumbrados realmente incurridos en relación con las atenciones y el tratamiento necesarios que recomiende un médico o cirujano calificado.

Los Gastos Autorizados que se describen a continuación podrán incurrirse en o fuera de un hospital.

1. Cuarto y alimentación, servicios y suministros ofrecidos por un hospital legalmente constituido.
2. Tratamiento por un médico o cirujano.
3. Los servicios de una enfermera experta o licenciada que no sea miembro de la familia.
4. Servicios profesionales de ambulancia.
5. Suministros médicos y quirúrgicos.

Por suministros médicos y quirúrgicos se entiende: la anestesia y su administración; radiografías y exámenes de laboratorio con fines de diagnóstico; tratamientos con radio, isótopos radioactivos y rayos X; transfusiones de sangre; oxígeno y otros gases y la administración de los mismos; uso del pulmón de acero y otro equipo permanente; fisioterapia; aparatos de prótesis; vendas; drogas y medicinas obtenidas por receta escrita de un médico o cirujano.

Los gastos por cirugía cosmética se pagarán únicamente cuando ésta sea necesaria debido a un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro para usted y sus familiares.

Los gastos por tratamiento odontológico se pagarán cuando se incurran debido a lesiones a la dentadura natural sufridas en un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro para usted y sus familiares.

Gastos no Autorizados

1. No se pagará ningún beneficio por hospitalización, servicios y suministros médicos y quirúrgicos, o tratamiento recibido:
 - a) a través de un programa de hospitalización gubernamental o público bajo el cual no se cobren normalmente estos servicios;
 - b) en la medida que los beneficios estén cubiertos por otro plan de seguro colectivo o plan de servicios por cuyo concepto un patrono esté pagando contribuciones o haciendo deducciones.

2. No se pagará ningún beneficio por:

a) exámenes físicos de rutina;

b) gastos por lentes o aparatos auditivos o los exámenes para la adquisición de los mismos;

c) alcoholismo o narcomanía.

3. No se pagará ningún beneficio por gastos incurridos a raíz de accidentes de trabajo o enfermedades cubiertas por un seguro contra riesgos profesionales.

4. Guerra.

Beneficios Posteriores a la Cancelación del Seguro

1. Si el período de compensación está vigente, para usted o sus familiares, en la fecha de cancelación del seguro:

a) si el período de compensación estuviere vigente, para usted y sus familiares, en la fecha de cancelación del seguro, la incapacidad motivo del período de compensación, seguirá cubierta hasta el vencimiento del período de compensación, pero en lo subsiguiente solamente bajo las circunstancias que a continuación se describen;

b) si el período de compensación se estableciere en el transcurso de los 3 meses siguientes a la cancelación del seguro.

Si usted o sus familiares estuvieren incapacitados en la fecha de cancelación del seguro, usted podrá establecer un período de compensación durante los tres meses siguientes a la cancelación del seguro, siempre que la incapacidad total haya continuado. En tal caso, se indemnizarán los gastos autorizados de dicha incapacidad total durante un plazo máximo de un año a partir de la fecha de cancelación del seguro.

Dolencias Previas

Por dolencia previa se entiende cualquier lesión o enfermedad por la cual usted o sus familiares hayan recibido tratamiento o incurrido gastos durante los 3 meses anteriores a la fecha de entrada en vigor de su seguro. Se pagarán beneficios por una dolencia previa al finalizar un plazo de 3 meses que

termine durante la vigencia del seguro y durante el cual no se haya incurrido ningún gasto o tratamiento por motivo de esa dolencia. Sin embargo, cuando el interesado haya estado asegurado durante 12 meses, se pagarán los beneficios sea cual fuere el tratamiento médico u hospitalización.

COMO FUNCIONA EL PLAN DE SEGURO POR GASTOS MEDICOS DE MAYOR CUANTIA

Tomemos un caso, por ejemplo, en que el empleado haya incurrido gastos médicos por un total de US\$1.263,00, como resultado de un accidente o de una enfermedad. Supongamos que el plan básico de hospitalización, cirugía y atención médica, haya pagado US\$1.089,50 de estos gastos.

	Gastos total US\$	Gastos pagados por el plan básico US\$	Saldo US\$
<hr/>			
GASTOS DE HOSPITALIZACION			
Cuarto y comida por 20 días	220	220	—
Servicios y suministros	423	200	223
Honorarios del cirujano	275	175	100
Visitas del médico	60	60	—
Enfermera privada	—	—	—
GASTOS FUERA DEL HOSPITAL			
Exámenes de laboratorio y radiografías con fines de diagnóstico (previos a la hospitalización)	50	40	10
Honorarios del médico	100	—	100
Enfermeras privadas	65	—	65
Vendas y medicinas	45	—	45
Fisioterapia	25	—	25
TOTALES	1.263	695	568
Deducible			30
Saldo que corresponde al plan de gastos médicos de mayor cuantía			538

El plan de gastos médicos de mayor cuantía paga el 80%
El empleado paga el 20%

US\$ 430,40
US\$ 107,60

RESUMEN

Total gastado	<u>US\$1.263,00</u>
Gastos pagados por el seguro	
Plan básico de hospitalización, cirugía y gastos médicos	695,00
Seguro contra gastos médicos de mayor cuantía	<u>430,40</u>
Total	<u>US\$1.125,40</u>
El empleado paga	
El deducible	30,00
el 20% de los gastos médicos de mayor cuantía	<u>107,60</u>
Total	<u>US\$ 137,60</u>

CAPITULO III

SEGURO COLECTIVO CONTRA ACCIDENTES, DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Cobertura

Todos los accidentes en general, tanto de trabajo como fuera del trabajo, a través del mundo, 24 horas al día.

Beneficios

Suma principal : US\$25.000,00. Se pagará el 100 por ciento de la Suma Principal por:

- a) muerte
- b) pérdida de dos miembros (manos, pies o la vista)
- c) incapacidad total y permanente (si el asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, según la definición de la póliza, después de 12 meses consecutivos de incapacidad).

Se pagará el 50 por ciento de la Suma Principal por la pérdida de un solo miembro (una mano, un pie o la vista de un ojo).

Además del mencionado Seguro contra Accidentes y Desmembramiento, que es pagado por el IICA, el empleado puede también comprar protección adicional para él y para sus dependientes hasta por US\$100.000,00, cada uno.

La indemnización por incapacidad total y permanente se pagará si como resultado de una lesión y durante los 100 días siguientes al accidente, el asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente y quedare imposibilitado para ejercer toda y cualquiera ocupación remunerable o lucrativa para la cual estuviere razonablemente calificado de acuerdo con su educación, adiestramiento o experiencia. Después de un período mínimo de

12 meses consecutivos de incapacidad permanente y continuada, se pagará el 100 por ciento de la Suma Principal, menos cualquier pago previo que se haya hecho por desmembramiento o indemnización semanal.

Se pagará una suma global de US\$1.000,00 por los gastos de médico, cirujano, hospital y enfermeras que se incurran como resultado de un accidente.

La indemnización semanal por accidentes, o sea el 60 por ciento del salario o sueldo, hasta un máximo de US\$50,00 semanales por cada asegurado, se pagará por concepto de un mismo accidente, durante un período máximo de 52 semanas consecutivas.

Exclusiones

Esta cobertura no incluye los siguientes casos: a) el suicidio o intento de suicidio; b) la guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra; c) el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país; d) los viajes, excepto en calidad de pasajero y no de piloto, operador o tripulante, en cualquier avión previamente probado y aprobado; e) la participación en vuelos de acrobacia o exhibición, carreras o pruebas de resistencia; f) los vuelos que se realicen en circunstancias tales que se requiera un permiso o una dispensa especial de una autoridad que tenga jurisdicción sobre la aviación civil, aun cuando dicho permiso sea concedido, a menos que la Compañía haya dado previamente su consentimiento escrito; g) los vuelos en aparatos de propulsión a cohete; h) los vuelos para fumigación o siembra agrícola, o para la exhibición de anuncios; o i) los vuelos en cualquier avión que sea propiedad de u operado por el Asegurado, a menos que la Compañía haya dado de antemano su consentimiento escrito.

Cancelación

La cobertura de esta póliza quedará cancelada:

- a) en la fecha de cancelación de la póliza;
- b) en la fecha en que el asegurado dejare de estar vinculado profesionalmente con el Instituto;
- c) a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, si el Instituto dejare de pagarla.

CAPITULO IV
SEGURO CONTRA LA INCAPACIDAD PROLONGADA
(Únicamente para empleados)

Quiénes Pueden Participar

Todo empleado a tiempo completo que sea menor de 65 años. La participación en este seguro es voluntaria y puede pagarse mediante deducciones del sueldo.

Cobertura

En casos de lesiones, tanto de trabajo como fuera del trabajo, debidas a accidentes o enfermedades, el Plan pagará al empleado el 65 por ciento de su sueldo, de conformidad con las siguientes disposiciones:

Beneficios

Se le pagará al empleado el 65 por ciento de su sueldo, hasta un máximo de US\$1.000 mensuales, durante tres años si la incapacidad se debe a una enfermedad, después de que el empleado haya estado ausente del trabajo durante 60 días.

Si la incapacidad es causada por un accidente, el Plan pagará el 65 por ciento del sueldo hasta un máximo de US\$1.000 mensuales, hasta los 65 años de edad, después de haber estado ausente del trabajo 60 días.

Definición de la Incapacidad

Para tener derecho a la indemnización por incapacidad que ofrece este Plan, usted deberá estar incapacitado para el ejercicio de su profesión normal durante los primeros dos años. Para continuar recibiendo los beneficios después de este plazo, usted deberá estar incapacitado para el ejercicio de

cualesquiera y todas las funciones propias de una ocupación lucrativa para la cual usted esté razonablemente calificado de acuerdo a su adiestramiento, educación o experiencia.

Exclusiones

- a) La incapacidad causada por efecto de una insurrección o rebelión o la participación en motines.
- b) Una incapacidad causada por heridas auto—inflingidas intencionalmente.
- c) El servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o de una autoridad internacional.
- d) Una incapacidad causada por embarazo, parto, malparto o aborto.

Cancelación

La cobertura de esta póliza quedará cancelada:

- a) Al vencerse la Póliza.
- b) A partir del último día del mes siguiente al mes en que el empleado quedare cesante.
- c) A partir de la fecha en que el empleado alcanzare la edad de 65 años.

CAPITULO V

SEGURO DE AUTOMOVILES

Automóviles Particulares

Los empleados del IICA tienen derecho de incluir sus vehículos particulares en la póliza de grupo para vehículos del Instituto. Esta disposición rige para todos los países con la única excepción de México. La póliza del IICA no ampara a ningún vehículo particular en México. (El empleado que desee viajar en México deberá adquirir una póliza de seguro en la frontera de ese país).

Indemnización por Responsabilidad Civil

La cobertura para automóviles se divide en dos partes. La principal, o sea, la póliza de **responsabilidad civil** que cubre tanto las lesiones físicas como los daños a la propiedad, ofrece protección hasta por un máximo de US\$100.000 para accidentes en los cuales un empleado del IICA, conduciendo su propio vehículo particular, haya causado heridas físicas o daños a la propiedad.

Póliza de Colisión y Comprensiva

Para vehículos de hasta 10 años de edad. El personal del IICA podrá, si lo desea, agregar esta cobertura a su póliza de responsabilidad civil; no podrá, sin embargo, obtenerla separadamente. Esta póliza cubre daños por colisión, con un deducible de US\$50 por cada reclamo. Para cualquier otro daño físico al automóvil, como por ejemplo, incendio, robo, tormenta, etc., se pagará la indemnización total, con la única excepción de que se aplicará un deducible de US\$100 por daños causados por un motín.

El deducible por colisión se aumentará a US\$100 para aquellos vehículos que tengan más de 10 años de edad.

Las primas por el seguro de colisión y comprensivo se han calculado en base a la valoración del automóvil en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica. Dicho valor se determinará de acuerdo a los privilegios de sustitución del vehículo que haya concedido al IICA el país sede; por lo tanto, este valor estará sujeto a variaciones de país en país. Es muy importante recordar que en algunos países, como por ejemplo Colombia, al adquirir un vehículo en sustitución de uno robado, el interesado deberá pagar el precio que rige para los colombianos, es decir, sin exención de derechos.

Las primas se pagarán mediante deducciones mensuales del sueldo, a razón de 1/12 de la prima anual. El empleado que asegure su automóvil después de comenzado el año que rige para la póliza (del 1° de julio al 30 de junio) deberá pagar la prima completa por lo que falta del año. La prima correspondiente al siguiente año completo se pagará mediante las deducciones mensuales normales.

Usted puede solicitar el seguro por medio de la División de Personal de la Dirección General, a través del encargado de asuntos administrativos de seguros en su sede.

CAPITULO VI

SEGURO DE EQUIPAJE

El IICA ofrece un seguro de equipaje por un monto de US\$1.000 para todo el personal profesional que tuviera que ejecutar viajes internacionales o locales en asuntos del IICA. Se ofrece cobertura contra pérdida o daño a los efectos personales y al equipaje del empleado mientras dure su viaje oficial.

La cobertura tiene un límite de US\$500 para efectos personales tales como ropa, artículos de tocador, valijas, etc. Se ofrece una cobertura adicional de US\$500 para artículos como anillos, mancuernillas, relojes de pulsera y alhajas similares, cámaras y otros artículos de valor concentrado.

La cobertura cubre todo riesgo general, incluyendo incendios, robo, hurto y pérdida del equipaje. Este seguro cubre cualquier pérdida que no esté cubierta por una póliza sobre los bienes personales u otro seguro anual o de corto plazo.

Bajo el término “efectos personales” no se incluyen animales, automóviles, mantas y equipos para automóvil, motocicletas, botes, bicicletas, muebles, dentaduras y miembros artificiales, dinero, valores, tiquetes ni documentos.

Esta póliza tampoco cubre los riesgos de guerra ni las pérdidas y los daños causados por el uso de un artículo, su deterioro paulatino, la polilla, las sabandijas, los defectos intrínsecos ni los daños sufridos durante el manipuleo de un artículo.

Esta cobertura registrará en todos los países del mundo y cuando el empleado viaje en los medios de transporte tanto públicos como particulares.

Cada sede de trabajo del IICA guardará una copia de la Póliza en sus archivos.

El trámite de los reclamos se iniciará en la sede del IICA que corresponda al asegurado, la cual enviará el expediente a la División de Personal en San José para su posterior envío a la compañía aseguradora. Los reclamos se pagarán en base al valor depreciado. En su sede de trabajo se mantiene archivada una copia de la escala de depreciación. La compañía aseguradora es la Inter-American Assurance Company.

CAPITULO VII

LA TRAMITACION DE LOS RECLAMOS

LOS RECLAMOS PARA EL SEGURO MEDICO

Un empleado que desee presentar un reclamo por concepto de tratamiento médico recibido deberá llenar el formulario correspondiente de la Insurance Company of North America (No. 1).

Si desea presentar un reclamo por concepto de hospitalización, deberá enviar tanto el formulario médico de la INA (No. 1) como el formulario correspondiente al seguro colectivo de hospitalización (No. 2). El encargado administrativo de seguros de la respectiva sede de trabajo del IICA podrá facilitarle al empleado estos formularios.

Reclamos por Tratamiento Médico sin Hospitalización

Al recibir un formulario de reclamo por tratamiento médico (No. 1), el empleado tiene que llenar los puntos 3, 4, 6, 11 y 14 de la Sección I, cuando se trate de un reclamo para sí mismo, y los puntos 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12 y 14 cuando se trate de un reclamo para su cónyuge o hijos dependientes. El punto 15 se llenará únicamente cuando el empleado desee que la compañía le pague directamente al médico interesado.

Después de llenar el formulario, el empleado deberá entregarlo a su médico para que éste llene toda la Sección III. No se hará ningún pago a menos que el médico haya completado esta Sección en su totalidad. Una vez que se haya llenado el formulario, éste deberá enviarse, junto con todas las facturas y los recibos, a la División de Personal del IICA en San José, por conducto del encargado administrativo de seguros en su sede de trabajo. Dicha División revisará todos los formularios para verificarlos y corregir cualquier error y los enviará al Agente de Seguros del IICA, quien gestionará el pago de la indemnización.

Reclamos por Tratamiento Médico con Hospitalización

Si el empleado o un familiar asegurado tuviere que internarse en un hospital, por cualquier motivo que fuere, deberá llenar en su totalidad la primera parte del formulario del seguro de grupo de hospitalización y entregarlo al hospital. Cuando el interesado salga del hospital, el empleado deberá completar el formulario de la INA según lo especificado anteriormente (No. 1). Deberá asimismo pedir al hospital que llene el formulario del seguro colectivo de hospitalización (No. 2) y enviar ambos formularios, junto con todos los recibos y las facturas, a la División de Personal en San José.

Cesión de los Beneficios

Nótese que tanto en el formulario médico de la INA como en el formulario del seguro colectivo de hospitalización, hay una sección que permite al empleado ceder los beneficios a los proveedores del servicio médico. Esto significa que la indemnización se les pagaría directamente a los médicos y hospitales en cancelación de las facturas que éstos hayan presentado.

RECLAMOS POR MUERTE

La muerte de un empleado o dependiente asegurado deberá notificarse inmediatamente a la División de Personal del IICA en San José, la que se encargará de tramitar el pago de la indemnización (Formularios No. 3—INA, y No. 4—Boston Mutual Life Insurance Co.).

RECLAMOS POR INCAPACIDAD

Si un empleado asegurado sufre un accidente o una enfermedad que le impidiera trabajar durante más de 60 días, deberá llenar el formulario para el seguro colectivo de la Boston Mutual Life Insurance Company (No. 5) que provee un ingreso fijo durante la incapacidad. Estos formularios se encuentran en el archivo de la oficina administrativa de la sede de trabajo. Al recibir dicho formulario, el empleado deberá completar la Sección A, en la primera hoja, firmarla, y entregar el formulario a su médico, quien completará la Sección B. No se pagará beneficio alguno a menos que el médico llene la Sección B en su totalidad. Una vez que esté completo, el formulario deberá enviarse a la División de Personal en San José para el trámite correspondiente, a través del encargado de asuntos administrativos de seguros en su sede.

RECLAMOS POR ACCIDENTE

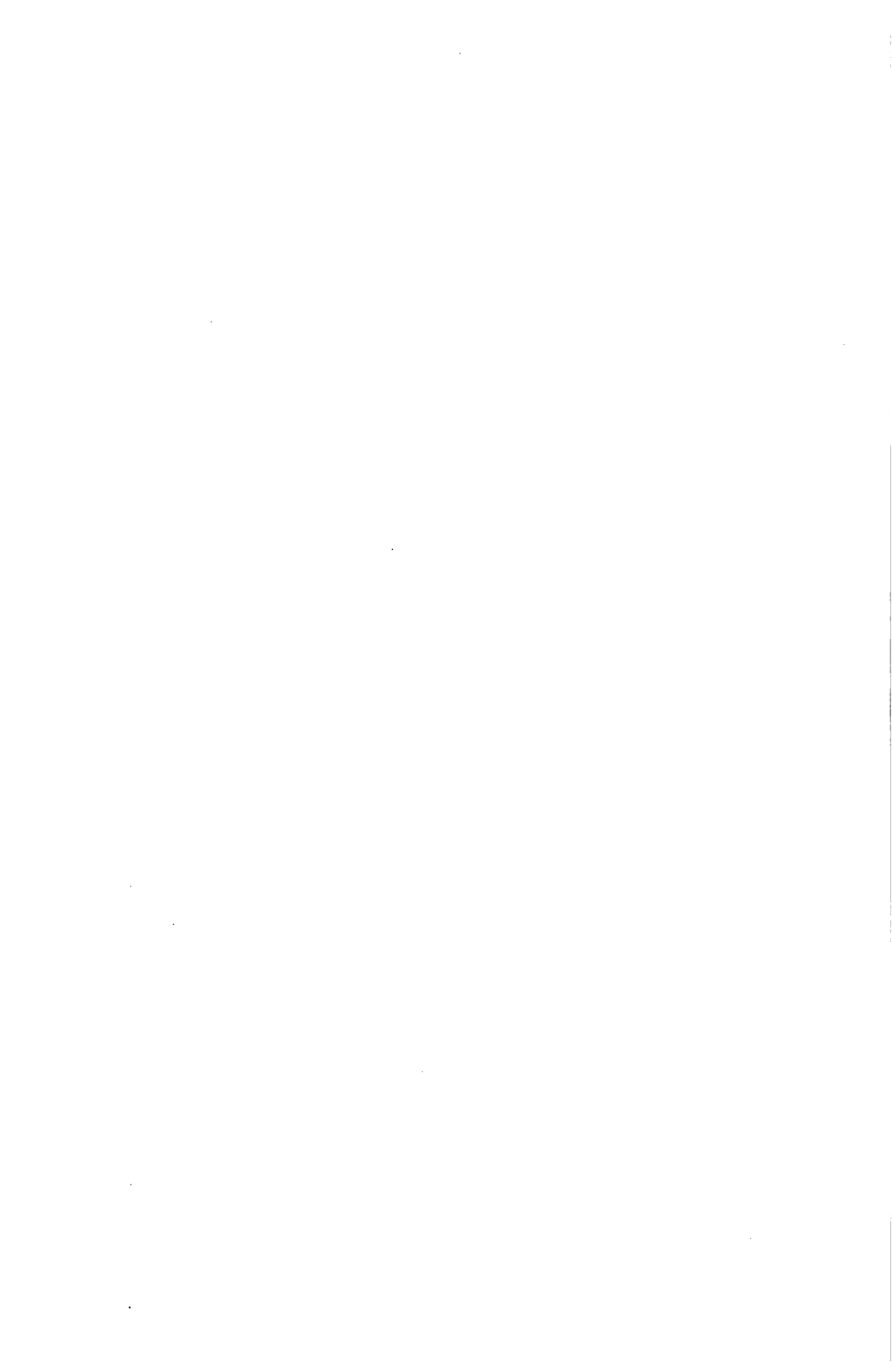
En caso de un accidente que requiera tratamiento médico, el empleado deberá completar, además del formulario médico, el formulario de reclamo por accidentes de la Continental Casualty Company (No. 6). El empleado deberá llenar en su totalidad la primera hoja del formulario, firmarla, y entregarla a su médico, quien deberá llenar la Parte B. No se pagará ningún beneficio a menos que se haya llenado la Parte B. Una vez que esté listo, el formulario deberá enviarse a la División de Personal en San José para su tramitación, a través del encargado de asuntos administrativos de seguros en su sede.

RECLAMOS BAJO EL SEGURO DE AUTOMOVILES

Al ocurrir un accidente automovilístico, el empleado deberá cumplir los siguientes trámites:

1. Obtener los nombres y las direcciones de las personas aseguradas.
2. Tomar los nombres y las direcciones de todos los testigos, incluyendo a los pasajeros.
3. Si hay cámara, tomar fotografías del lugar del accidente antes de que se trasladen los vehículos accidentados.
4. Esbozar un mapa del camino y de las posiciones relativas de los automóviles accidentados antes del accidente y en el momento del accidente.
5. Anotar el impacto sufrido por cada vehículo.
6. Completar el formulario para informar sobre accidentes automovilísticos de la American International Underwriters (No. 7) que suministrará el encargado administrativo de seguros en su sede, y quien además enviará toda la información a la División de Personal en San José.

Bajo ninguna circunstancia deberá usted afirmar que el accidente podría haber ocurrido por culpa suya ni hacer ningún comentario al respecto con nadie excepto un representante de la compañía de seguros o del IICA.



APENDICE

FORMULARIOS PARA LA PRESENTACION DE RECLAMOS

- 1. El formulario para gastos de tratamiento médico, de la Insurance Company of North America (INA) deberá ser completado tanto para servicios médicos como para reclamos por hospitalización (Formulario No. 1).**
- 2. El formulario del seguro de grupo de hospitalización deberá completarse únicamente para reclamos por hospitalización (Formulario No. 2).**
- 3. El formulario del seguro de vida básico (INA) deberá ser completado y tramitado directamente por la División de Personal (Formulario No. 3).**
- 4. Formulario para el seguro suplementario de vida (Boston Mutual) (Formulario No. 4).**
- 5. El formulario para reclamos en caso de incapacidad deberá ser completado en casos de accidente o enfermedad que cause incapacidad que requiera ausentarse del trabajo por más de 60 días (Formulario No. 5).**
- 6. Los formularios para reclamo en caso de accidente deberán ser completados en caso de accidentes que requieran tratamiento médico, o que obliguen al empleado a ausentarse del trabajo (Formulario No. 6).**
- 7. Los formularios para reclamo en caso de accidente automovilístico deberán ser completados en caso de accidentes automovilísticos (Formulario No. 7).**



LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA

OCCUPATIONAL AND NON-OCCUPATIONAL GROUP PROOF OF CLAIM AND PHYSICIAN STATEMENT

FORM No. 1

NAME OF POLICYHOLDER 1. IICA-CIRA ADDRESS 2. Apartado Adreo 14592 Bogotá, Colombia (por ejemplo)

NAME OF EMPLOYEE 3. Luis Carpentier DATE OF BIRTH 4. 9-X-37 POLICY SYMBOL & NUMBER 5. GL 5427

ADDRESS 6. Apartado 56880 Bogotá, Colombia

IF DEPENDENT CLAIM—NAME OF DEPENDENT 7. Zoraida DATE OF BIRTH 8. 17-VII-40 RELATIONSHIP 9. Esposa

10. IF CLAIM IS FOR CHILD 10 TO 25 YEARS OLD: IS CHILD MARRIED? YES NO

11. IF AN EMPLOYEE CLAIM, ARE YOU COVERED UNDER ANY GROUP INSURANCE PLAN OTHER THAN THAT AFFORDED BY INA? YES NO

12. IF A DEPENDENT CLAIM, IS THIS DEPENDENT COVERED UNDER ANY GROUP INSURANCE PLAN OTHER THAN THAT PROVIDED BY INA? YES NO

13. IF A "YES" ANSWER TO EITHER OF THE TWO QUESTIONS IMMEDIATELY PRECEDING, GIVE NAME AND ADDRESS OF INSURANCE COMPANY AND EMPLOYER: _____ Employer _____ Insurance Company _____

14. I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended me or examined me to furnish to Life Insurance Company of North America, or its representative, any and all information with respect to any illness, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Date 16-I-73 19 _____ Insured's Signature Luis Carpentier

15. Authorization to Pay: I hereby authorize payment directly to the undersigned physician of the Surgical and/or Medical Benefits, if any, otherwise payable to me for his services described below but not to exceed the reasonable and customary charge for these services. I understand that I am financially responsible for the charges not covered by this authorization.

Date 19 _____ Signed (Insured Person) _____

SECTION II (TO BE COMPLETED BY BENEFITS SERVICES)

Effective Date of Ins. Class 10. I-III-72 17. 2 Occupational Specialist Coverage Certified by Policyowner's Representative 18. Agricultura 19. Joaquin Saavedra Date 15-I-73

SECTION III (TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN)

20. 1. Diagnose and Concurrent Conditions (If Diagnose Code Other Than ICD-9 Used, Give Name): _____

2. Is Condition Due to Injury or Disease Arising Out of Patient's Employment? YES NO Pregnancy YES NO If Yes, Approximate Date Pregnancy Commenced: _____ Date 31-III-72

3. Report of services (or attach itemized bill) (If previous form submitted to this carrier, you need show only dates and services since last report.)

Date of Service	Place of Service	Description of Surgical or Medical Services Rendered	Procedure Code—If Used (If Code Other Than CPT—Used, Give Name)	Charge
31-XII-72	IH	Parto normal		\$97.00

21. Total Charges > \$ 97.00

10—Doctor's Office IH—Inpatient Hospital NH—Nursing Home
H—Patient's Home OH—Outpatient Hospital OL—Other Locations
Amount Paid > \$ 97.00

*ICD-9—International Classification of Diseases
**CPT—Current Procedural Terminology (Current Edition)
Balance Due > \$ -0-

4. Date Symptoms First Appeared or Accident Happened _____ 5. Date Patient First Consulted You For This Condition _____

6. Patient Ever Had Same or Similar Condition? Yes No 7. Patient Still Under Your Care for This Condition? Yes No

Con otros niños

8. Patient Was Continuously Totally Disabled (Unable to Work) From No aplica This 9. Does Patient Have Other Health Coverage? Yes No

Date 16-I-73 Physician's Name (Print) Isidoro Béquero Signature Isidoro Béquero Degree MD Telephone 22-44-67

Street Address Apartado 1977 City or Town Bogotá State or Province Colombia Zip Code

Return to: WRIGHT INTERNATIONAL LTD. 1001 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C. 20036 Printed in U.S.A.

INSTRUCTIONS

SECTION I

- | | |
|---|---|
| 1. Name of Policyholder
<i>Nombre del asegurado</i> | 2. Address
<i>Dirección</i> |
| 3. Name of employee
<i>Nombre y apellidos del funcionario</i> | 4. Employee's date of birth
<i>Fecha de nacimiento del funcionario</i> |
| 5. Policy symbol and number
<i>Número y símbolo de la póliza</i> | 6. Employee's address
<i>Dirección del funcionario</i> |
7. Name of patient only if the claim is for an employee's dependent (spouse and children only)
Nombre del paciente si el reclamo es por un dependiente del funcionario (cónyuge e hijos solamente)
8. Date of birth of dependent claimant
Fecha de nacimiento del dependiente
9. Relationship of patient to employee
Parentesco del paciente con el funcionario
10. If the claim is for a child 19 years of age or older, please mark on the corresponding block if child is or is not married.
Si el reclamo es por un hijo mayor de 19 años, marcar en la correspondiente casilla si es o no casado.
11. Complete the corresponding block if the employee is or is not covered under any other group medical insurance plan.
Marcar en la correspondiente casilla si el empleado tiene o no otro seguro colectivo.
12. Complete the corresponding block if the dependent claimant is or is not covered under any other group medical insurance plan.
Marcar en la correspondiente casilla si el dependiente tiene o no otro seguro colectivo.
13. If a "yes" answer is given to either of the two immediately preceding questions, please give name and address of employer and insurance company providing medical group coverage.
Most medical insurance group plans have a coordination of benefits clause in the respective contracts so that both plans payments do not exceed the maximum benefit allowed under either one of the two plans that offer broader coverage. In other words you cannot obtain payment separately from both plans, exceeding the allowable amount.
Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es sí, escriba el nombre del otro empleador y el nombre y dirección de la otra compañía aseguradora. Si existe otro seguro colectivo o de grupo no se puede cobrar a ambas compañías. En dicho caso las compañías coordinan el pago y éste no puede ser mayor que el máximo establecido por la compañía que ofrece la mayor cobertura.
14. Date and signature of patient authorizing any hospital, physician or other person giving medical attention to release information to INA with respect to the services rendered.
Fecha y firma del paciente autorizando al médico o institución médica que prestó el servicio a dar detalles a INA sobre el servicio médico prestado.
15. Date and signature of patient if you desire direct payment to the hospital, physician or other person who had rendered medical services. Do not sign if you have paid the bill.
Fecha y firma del paciente si se debe hacer el pago directo al médico o institución médica que prestó el servicio. Si usted ya ha pagado la cuenta no debe firmar en esta casilla.

SECTION II

- | | |
|---|---------------------------|
| 16. Effective date of insurance
<i>Fecha vigente del seguro</i> | 17. Class
<i>Clase</i> |
| 18. Occupation
<i>Ocupación</i> | |
| 19. Coverage certified by policyholder's representative
<i>Coberatura certificada por el representante del asegurado</i> | |

SECTION III

20. This section should be completed by the hospital, physician, or other person rendering medical services. If this claim is for prescription drugs the completion by the above named is not needed, nonetheless you must: Give diagnosis or illness or type of accident which originated the expenses.
Esta Sección debe ser completada por el médico o institución médica que prestó el servicio. Sin embargo, si el reclamo es por medicinas recetadas por un médico, no se requiere la certificación del mismo; pero necesariamente el Reclamante debe indicar el diagnóstico o enfermedades o accidentes que ocasionaron dichos gastos.
21. Total amount of expenses claimed. Claim form should have attached originals or photo copies of receipts.
Señalar el total de gastos que se presenta y acompañar siempre el original o la copia de los recibos.

LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA

1. Nombre del asegurado
2. Dirección
3. Nombre del empleado
4. Fecha de nacimiento
5. Símbolo y número de la póliza
6. Dirección
7. Si se trata de un reclamo para un dependiente, dé el nombre del dependiente
8. Fecha de nacimiento
9. Parentesco
10. Si se trata de un reclamo para un hijo entre las edades de 19 y 25 años: ¿Está casado el hijo? Sí, No.
11. Si se trata de un reclamo para el empleado: ¿Está usted cubierto por algún otro plan de seguro colectivo además del que le ofrece la INA? Sí, No.
12. Si se trata de un reclamo para un dependiente: ¿Está el dependiente interesado cubierto por otro plan de seguro colectivo además del que le ofrece la INA? Sí, No.
13. Si la respuesta a la pregunta No. 11 ó la No. 12 es afirmativa, dé el nombre y la dirección de la compañía de seguros y del patrono
Patrono:
Compañía de seguros:
14. Por este medio autorizo a cualquier hospital, médico, u otra persona que me haya prestado servicios o me haya examinado para que suministre a Life Insurance Company of North America, o un representante de dicha compañía, cualesquiera y todas las informaciones necesarias con respecto a cualquier enfermedad, historia médica, consulta, receta o tratamiento, así como las copias de todo expediente médico u hospitalario. Una copia fotostática de esta autorización tendrá la misma validez y efectividad como el original.
Fecha
Firma del empleado asegurado
15. Autorización de pago: Por este medio autorizo a la Compañía para que cancele directamente al médico suscrito el pago de la indemnización por gastos de cirugía y/o tratamiento médico que me corresponderían en base a los servicios que a continuación se describen, sin que dicho pago exceda las tarifas razonables y acostumbradas por dichos servicios. Me doy por enterado de que los gastos no cubiertos por esta autorización correrán por cuenta mía.
Fecha
Firma del asegurado

SECCION II (a ser completado por la Compañía)

16. Fecha efectiva del seguro
17. Clase
18. Ocupación
19. Representante del Asegurado Principal que certifica la cobertura
Fecha

SECCION III (a ser completado por el médico)

20. 1. Diagnóstico y condiciones concurrentes
(Si se utiliza un código de diagnóstico distinto al ICOA*, indique cuál)
2. ¿Se debe esta dolencia a alguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo del paciente? Si, No
¿Al embarazo? Si, No
Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha aproximada de comienzo del embarazo:
Fecha:
3. Detalle de servicios prestados (Si desea, puede adjuntar una factura pormenorizada) (Si usted ha presentado ya un reclamo a esta compañía de seguros, no necesita indicar sino las fechas y los servicios prestados desde la presentación del último informe).
Fecha en que se prestó el servicio
Lugar
Descripción del servicio médico o quirúrgico
Código de Procedimientos (Si se ha utilizado un código distinto al CPT**, indique cuál)
Suma cobrada
+O: Oficina del médico; H: Hogar del paciente; IH: Hospital para internos; OH: Hospital de servicio externo; NH: Hogar de convalecencia; OL: Otro lugar
*ICOA: Clasificación internacional de enfermedades; **CPT: Terminología actual de procedimientos (Edición actualizada)
21. Total cobrado – Total pagado – Saldo
4. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o fecha del accidente
5. Fecha de la primera consulta que le hizo el paciente en relación con esta dolencia
6. ¿Ha sufrido el paciente de la misma dolencia o una similar en alguna otra ocasión? Si la respuesta es sí, indique cuándo y describa la dolencia. Sí, No
7. ¿Sigue el paciente recibiendo tratamiento bajo su atención por esta dolencia? Sí, No.
8. El paciente sufrió incapacidad total y continuada (incapacitado para el trabajo)
Desde – Hasta
9. ¿Tiene el paciente cobertura por gastos médicos bajo alguna otra póliza? Sí, No. Si la respuesta es sí, indique cuál.

Fecha – Nombre del médico (en letra de molde) – Firma – Título – Teléfono – Dirección – Ciudad – Estado o provincia – Zip Code
Este formulario deberá enviarse a: Wright International Ltd. 1001 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C. 20036



GROUP HOSPITAL INSURANCE FORM TO BE PRESENTED TO THE HOSPITAL IN DUPLICATE

Special for Typewriter — Marks for Tabulator Appear on this Line

To Clinica San Marín Hospital. This certifies that Alejo Borges is insured for the following Group Hospital Benefits (in behalf of his dependent el mismo (Name) (Relationship) By Insurance Company of North America (Name of Insurer)

BENEFITS FOR OTHER THAN MATERNITY CASES
 A. HOSPITAL ROOM AND BOARD (INCLUDING GENERAL NURSING SERVICES) ACTUAL HOSPITAL CHARGES UP TO \$ 14.00 FOR EACH DAY OF HOSPITALIZATION UP TO 31 DAYS.
 B. OTHER HOSPITAL CHARGES FOR HOSPITAL CARE AND TREATMENT (EXCLUDING CHARGES FOR NURSES' AND PHYSICIANS' SERVICES AND TAKE HOME DRUGS) \$ 200.00

BENEFITS FOR MATERNITY CASES
 HOSPITAL ROOM AND BOARD (INCLUDING GENERAL NURSING SERVICE) AND OTHER HOSPITAL SERVICES . . . ACTUAL CHARGES UP TO \$ _____ OR
 1. HOSPITAL ROOM AND BOARD (INCLUDING GENERAL NURSING SERVICES) \$ _____ FOR EACH DAY OF HOSPITALIZATION UP TO _____ DAYS
 2. OTHER HOSPITAL CHARGES FOR HOSPITAL CARE AND TREATMENT (EXCLUDING CHARGES FOR NURSES' AND PHYSICIANS' SERVICES AND TAKE HOME DRUGS) \$ _____

THE MINIMUM HOUR HOSPITALIZATION REQUIREMENT WILL BE MET IF N/A

GROUP POLICYHOLDER Inter-American Institute of Agricultural Sciences ADDRESS Apartado 10281 San José, Costa Rica PHONE 222 022

BY (Name and Title) Constancio Gavantes Administración Principal en Administración ABOVE CERTIFICATION VALID FOR ONLY SEVEN DAYS FROM THIS DATE (Exception — Maternity Cases) DATE 2-XI-72

HOSPITAL COMPLETE FOLLOWING AND FURNISH COPY TO Alejo Borges ADDRESS Calle Cervantes 15567-San José, C.R.
 NAME OF PATIENT Alejo Borges AGE 38 DATE ADMITTED 2-XI-72 TIME ADMITTED 4 PM DATE DISCHARGED 11-XI-72 TIME DISCHARGED 11 AM
 IF PATIENT HAD OTHER THAN SEMI-PRIVATE ROOM, INDICATE SEMI-PRIVATE DAILY RATE \$ 13.00 OTHER INSURANCE INDICATED BY HOSPITAL RECORDS, IF YES, NAME OF COMPANY NO YES

DIAGNOSIS FROM RECORDS (If Injury, Give Date and Place of Accident) Apandicitis aguda con reacción peritoneal
 OPERATIONS OR OBSTETRICAL PROCEDURES PERFORMED (Nature and Date) Apandicetomia (extirpación)

HOSPITAL CHARGES (Complete This Section or Attach Copy of Itemized Bill Showing Information Below).

ROOM AND BOARD	WARD	DAYS AT \$	TOTAL \$
	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	SEMI-PRIVATE	DAYS AT \$	TOTAL \$
<input checked="" type="checkbox"/>	PRIVATE	9 DAYS AT \$15.30	TOTAL \$142.20
<input type="checkbox"/>	OTHERS		
OTHER CHARGES	OPERATING OR DELIVERY ROOM		
	ANESTHESIA 18.00		
	X-RAY		
	LABORATORY 27.00		
	EKG B M R		
	PHYSICAL THERAPY		
	AMBULANCE		
	MEDICAL AND SURGICAL SUPPLIES		
	PHARMACY (Except Take Home Drugs) 48.90		
	INHALATION THERAPY		
INTRAVENOUS SOLUTIONS			
TOTAL \$236.10			

TOTAL CHARGES	\$ 236.10
Paid	\$ 236.10
Balance	\$ -0-

THIS FORM APPROVED BY THE HEALTH INSURANCE COUNCIL AND ACCEPTED BY THE AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION FOR USE BY HOSPITALS (see explanatory instructions).



HOSPITAL Clinica San Marín ADDRESS Calle Alegre 1548-San José, C.R.
 TAKEN FROM RECORDS ON 11-XI-72 19 72 SIGNED BY Marcel Prados de Costa

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: Date 11-XI-72, 19 72 Signed Alejo Borges I hereby authorize the above named hospital to release the information requested on this form. Patient (Parent if a Minor)

AUTHORIZATION TO PAY INSURANCE BENEFITS: I hereby authorize payment directly to the above named hospital of the Group Hospital Benefits herein specified and otherwise payable to me but not to exceed the hospital's regular charges for this period of hospitalization. I understand I am financially responsible to the hospital for charges not covered by this authorization.

Date _____ 19 _____ Signed _____ (Insured)

FORMULARIO PARA EL SEGURO COLECTIVO DE HOSPITALIZACION

Al Hospital ——. Por este medio certificamos que ——— está asegurado para los siguientes beneficios bajo la póliza colectiva de hospitalización (a favor de su dependiente ———) por (compañía aseguradora)

Beneficios para todos los casos menos los de maternidad:

- A. Cuarto y comida (incluyendo servicios generales de enfermería), sumas realmente cobradas por el hospital hasta por US\$14,00 por cada día de hospitalización hasta 31 días.
- B. Otros cargos por atención y tratamiento en el hospital (menos los servicios de médicos y enfermeras y las drogas para llevar a la casa) US\$200,00.
- C. Por lo general, también se otorgan beneficios adicionales por gastos adicionales de hospital y atención quirúrgica y médica, cuando ello sea necesario para obtener crédito. Para confirmar esto, favor comunicarse con la persona cuyo nombre y título se indican abajo, o sea el oficial que certifica la presente información para el propietario de la póliza colectiva, llamando al número telefónico que se indica, de lunes a viernes.

Beneficios para casos de maternidad:

Cuarto y comida en el hospital (incluyendo servicios generales de enfermería) y otros servicios de hospital . . . la suma realmente cobrada hasta por US\$ ———

- O:
- 1. Cuarto y comida de hospital (incluyendo servicios generales de enfermería US\$ ——— por cada día en el hospital hasta un máximo de ——— días
 - 2. Otros cargos por atención y tratamiento en el hospital (menos los servicios de enfermeras y médicos y las drogas para llevar a la casa) US\$ ———

*

El Plan de Seguros incluye una disposición sobre la coordinación de beneficios: Sí, No
Se dará por satisfecho el requisito acerca de las horas mínimas de hospitalización si el hospital cobra por cuarto y comida. No hay requisito sobre horas mínimas de hospitalización.

Asegurado Principal (Propietario de la Póliza Colectiva)

Dirección — Teléfono — Por (Nombre y Título)

La presente certificación caduca a los 7 días a partir de la fecha indicada (Excepción: Casos de Maternidad) — Fecha

Este formulario deberá ser completado por el Hospital, el cual entregará una copia del mismo a: (Nombre y dirección)

*

Nombre del Paciente — Edad — Fecha de Admisión — Hora de Admisión — Fecha de Salida — Hora de Salida

Diagnóstico consignado en el expediente (en caso de lesiones, indique la fecha y el lugar del accidente)

Indique si la dolencia fue causada por lesiones o enfermedad relacionada con el trabajo del paciente. Sí, No.

Operaciones o procedimientos obstétricos practicados (Naturaleza y fecha)

¿Tiene el paciente otra cobertura para gastos de hospitalización? Sí, No. (Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la compañía aseguradora)

Si el paciente no estuvo en cuarto semiprivado, indique cuál es la tarifa más corriente para el alojamiento en cuarto semiprivado: US\$13.00

Cargos hechos por el Hospital: (Completar esta sección o adjuntar copia de la factura con el detalle de todos los cargos)

Cuarto y Comida – Salón – Días a US\$ – Total US\$ – Semiprivado – Días a US\$ – Total – Privado Días a US\$ – Total – Unidad de Control Intensivo – Días a US\$ – Total – Días a US\$ – Total

Otros: Sala de Operaciones o de Parto – Anestesia – Radiografías – Laboratorio – EKG BMR – Fisioterapia – Suministros médicos y quirúrgicos – Farmacia (excepto drogas para llevar a la casa) – Terapia de inhalación – Sueros para aplicación intravenosa – TOTAL – TOTAL CARGADO US\$ – CREDITOS (ABONOS POR EL PACIENTE) US\$ – CREDITOS (ABONOS POR OTRA COMPAÑIA ASEGURADORA) US\$ – SALDO US\$

Este formulario ha sido aprobado por el Consejo de Seguros de Salud y aceptado para ser usado por hospitales por la Asociación Americana de Hospitales

HOSPITAL – Dirección – Tomado del expediente el día: Firmado por:

Por este medio autorizo al Hospital que a continuación se indica, para que suministre la información solicitada en este formulario.

(Firma del Paciente, o del Padre en caso de un menor) – Fecha

Por este medio autorizo a la Compañía Aseguradora para que pague directamente al Hospital que a continuación se indica, los beneficios a los cuales tengo derecho, pero que no sobrepasarán el saldo adeudado por los cargos hechos por este período de hospitalización. Me doy por enterado de que a mí me corresponde cancelarle al Hospital cualquier cargo que no esté cubierto por esta autorización.

(Firma del Empleado Asegurado) – Fecha



LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA

FORM No. 3

GROUP LIFE INSURANCE - PROOF OF DEATH

Claim No. _____

EMPLOYER'S CERTIFICATE

This is to certify that the facts as indicated below are true to the best of my knowledge and belief.

Name of employee		(FIRST NAME) Enrique	(MIDDLE INITIAL) Golcher	(LAST NAME) Vigil	Date of Birth 10-XII-22
Residence address					
(STREET) Calle Colon 1866		(CITY) Piso 3° Guatemala, Guatemala		(ZONE NO.)	(STATE)
Policy No. GL 5427	Certificate No. 21701	Amount of insurance \$36,000.00		Date of last increase in benefits 1-VII-72	
Date employed 6-VI-66	Date of last active service 11-XII-72	Class 2	Occupation Especialista en reforma agraria		
Was the above considered an employee until the date of death? SI			Date of death 11-XII-72		
Name of beneficiary Ana Lucia Gonzales de Golcher		Relationship Esposa	Is the beneficiary of legal age? SI		
Address of beneficiary					
(STREET) Calle Colon 1866		(CITY) Piso 3° Guatemala, Guatemala		(ZONE NO.)	(STATE)
Date signed 18-XII-72	Name of employer IICA	Branch Zona Norte	Signature of authorized representative <i>Guillermo Machado</i>		

PHYSICIAN'S CERTIFICATE

Note: This is to be furnished without expense to the Company. The medical certification follows the recommendations of the World Health Assembly made in Geneva on July 24, 1948. It has been accepted by all States in this country and in Canada. It may be omitted if Death Certificate or copy of coroner's findings is substituted. In the interest of accurate vital statistics, please conform to the International List of the Causes of Death.

Full name of deceased Enrique Golcher Vigil		
Residence at death		
(STREET) Calle Colon 1866		(CITY) Piso 3° Guatemala, Guatemala
Employed by Instituto Interamericano de Ciencias Agriculas	Age at death or date of birth 50	Date of death 11-XII-72
Cause of death (Enter only one cause for each of a, b, and c.) (DEBE SER COMPLETADO POR MEDICO FORENSICO)		Interval between onset and death
Disease or condition directly leading to death (This does not mean the mode of dying such as heart failure, cardiac etc. It means the disease, injury or complication which caused death.) (a)		
Antecedent causes (Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause (a) stating the underlying cause last.) Due to (b)		
Due to (c)		
Other significant conditions (Contributing to the death but not related to the disease or condition causing death.)		
Date of first attendance to last illness		Date of last attendance to last illness
Did the deceased receive treatment during the last 5 years from any other physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, please furnish the following	
	Name of Physician	Address
Date	Address (CITY)	STATE
	Signature of Physician	

The issuance of this blank is not an admission of the existence of any insurance nor does it recognize the validity of any claim and is without prejudice to the Company's legal rights in the premises.

LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA

Reclamo No. ---

SEGURO COLECTIVO DE VIDA – CERTIFICADO DE MUERTE

CERTIFICADO DEL PATRONO

Por este medio certifico que los hechos constatados a continuación son verdaderos a mi mejor entender y creencia.

Nombre del empleado (Nombre de pila) (Inicial) (Apellido) – Fecha de Nacimiento – Dirección (Calle) (Ciudad) (Zona) (Estado) – Póliza No. Certificado No. Monto del Seguro

Fecha del último incremento de beneficios – Fecha de empleo – Último día de servicio activo

Clase – Ocupación

El individuo arriba mencionado ¿fue considerado como empleado hasta la fecha de su muerte? – Fecha de defunción – Nombre del beneficiario – Parentesco

¿Es mayor de edad el beneficiario? – Dirección del beneficiario (Calle) (Ciudad) (Zona) (Estado)

Fecha de la firma del presente certificado – Nombre del patrono – Oficina – Firma del representante autorizado

CERTIFICACION MEDICA

Nota: Dicha certificación se suministrará sin gasto alguno a la Compañía. La certificación médica se ajusta a las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud elaboradas en Ginebra el 24 de julio de 1948. Ha sido aceptada por todos los Estados de este país y por Canadá. Puede omitirse mediante la sustitución del Certificado de Defunción o una copia de los hechos constatados por el médico forense. Para contribuir a la exactitud de las estadísticas correspondientes, favor ajustarse a la Lista Internacional de Causas de Muerte. Nombre completo del difunto – Dirección en la fecha de la muerte (Calle) (Ciudad) (Zona) (Estado)

Empleado de: – Edad en la fecha de la muerte, o fecha de nacimiento – Fecha de la defunción

Causa de muerte (Indicar solamente una causa bajo cada acápite, a, b y c) – (Debe ser completado por el médico forense)

Enfermedad o dolencia que fue la causa directa de la muerte: (Esto no significa la forma de muerte tal como infarto, astenia, etc. Significa la muerte, lesión o complicación que causó la muerte).

(a)
Causas anteriores: (Condiciones morbosas, si las hubiere, que dieron lugar a la causa mencionada bajo (a), indicándose de último la causa fundamental)

Debido a (b) – Debido a (c)
Otras dolencias importantes: (Que hayan contribuido a la muerte pero que no tengan relación con la enfermedad o dolencia que causó la muerte).

Intervalo entre el principio de la dolencia y la muerte:
(a)
(b)
(c)

Fecha de las primeras atenciones para la última enfermedad
Fecha de las últimas atenciones para la última enfermedad

¿El difunto recibió tratamiento durante los últimos 5 años de algún otro médico? Sí, No.
– Si la respuesta es afirmativa, indique: – Nombre del médico – Dirección
Fecha de la firma de este certificado – Dirección – (Ciudad) (Estado) – Firma del
Médico

—
La emisión de este formulario no implica la existencia de seguro alguno ni indica reconocimiento de la validez del reclamo, ni podrá afectar los derechos legales de la Compañía.

BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY
156 Stuart Street Boston 16, Massachusetts

FORM No. 4

GROUP DEATH CLAIM

EMPLOYER'S STATEMENT

INSTRUCTIONS:

1. As soon as you learn of the death of an insured person complete and mail this statement to the Boston Mutual Life Insurance Company, 156 Stuart Street, Boston 16, Massachusetts.
2. Obtain the death certificate as soon as possible and send it to the same office.

Full Name of Insured Enrique Golcher Vigil Group Policy No. G 2968
 Address of Insured Calle Colón 1866 Piso 3°
Guatemala, Guatemala Certificate No. _____
 Date Last Worked 11-XII-72 Date of Death 11-XII-72 Amount of Insurance \$ 10,000
 Reason for leaving work: Disability Resignation Vacation Leave of absence Retired
 Temporary lay-off Dismissed Other _____ (Specify)

I HEREBY CERTIFY THAT THE PREMIUM HAS BEEN PAID THROUGH Diciembre
 By Guillermo Machado Principal en Administración
 (Signature and Title of Authorized Representative)

Was Insured considered an employee at date of death? Yes No Occupation _____

Date Employed 6-VI-66 Date of Birth 10-XII-22 Effective Date of Insurance 1-VII-70

Was insurance terminated prior to death? NO If so, date of termination _____

Name of Beneficiary Named as Inured Designated by Employee	Approximate Age	If under 21, give date of birth	Relationship
<u>Ana Lucía Gonzales de Golcher</u>	<u>43</u>		<u>Esposa</u>

Address of Beneficiary Calle Colón 1866 Piso 3° Guatemala, Guatemala
Street City or Town P. O. Zone State

THIS PERSON WAS ELIGIBLE AND INSURED UNDER THE PROVISIONS OF THE MASTER POLICY AND AS INDICATED BY THE ADDITIONAL INFORMATION SHOWN ABOVE

Instituto Interamericano de Ciencias
Guillermo Machados Agricultas
Apartado 1815
Guatemala, Guatemala

Date _____ By [Wright International]
 (Signature of Authorized Representative)

TO AVOID DELAY PLEASE FILL OUT COMPLETELY

BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY
156 Stuart St., Boston 16, Massachusetts

SEGURO COLECTIVO – RECLAMO POR MUERTE DECLARACION DEL PATRONO
INSTRUCCIONES:

1. Tan pronto como usted tenga noticia de la muerte de un asegurado, llene este formulario y envíelo a la Boston Mutual Life Insurance Company, 156 Stuart Street, Boston 16, Massachusetts.
2. Obtenga a la mayor brevedad el certificado de defunción y envíelo a la misma oficina.

*

Nombre completo del Asegurado – Póliza colectiva No. – Dirección del Asegurado – Certificado No. – Último día de trabajo – Fecha de muerte – Monto asegurado
Motivo de ausencia del trabajo: Incapacidad – Renuncia – Vacaciones – Permiso – Jubilación – Cesantía temporal – Despido – Otro (especifique)

Por este medio certifico que la prima ha sido cancelada hasta ---- inclusive
Por (Firma y título del representante autorizado)

El Asegurado ¿fue considerado como empleado en la fecha de su muerte? Sí, No –
Ocupación

Fecha de empleo – Fecha de nacimiento – Fecha efectiva del seguro

¿Fue cancelado el seguro antes de morir el Asegurado? – Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha de cancelación

Nombre del último beneficiario registrado por el empleado – Edad aproximada

Si es menor de edad, (21 años), indique la fecha de nacimiento – Parentesco

Dirección del beneficiario (Calle) (Ciudad) (Zona Postal) (Estado)

El individuo arriba mencionado era elegible y estaba asegurado bajo los términos de la Póliza Maestra y conforme a los datos adicionales arriba indicados

(Patrono) – (Dirección) – Fecha – Por (Firma del representante autorizado)

PARA EVITAR DEMORAS FAVOR LLENAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD

BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

**INSTRUCTIONS
PLEASE READ CAREFULLY**

FORM No. 5

To enable us to give prompt attention to your claim complete this form at once whether you have returned to work yet or not.
Complete as follows:

1. Answer all questions in Section A yourself, under Sickness or Accident, whichever applies.
2. Sign your name at bottom of Section A.
3. Have your Doctor complete and sign Physician's Statement, Section B.
4. Have your Employer complete and sign Employer's Statement, Section C.

GROUP DISABILITY INCOME CLAIM

SECTION A	CLAIMANT'S STATEMENT	By furnishing this blank and investigating the claim, the company shall not be held to admit validity of any claim or to waive any of its rights or any of the conditions of the policy.	
Full Name (please print) Sergio Neruda		Date of Birth 8-IV-31	If hospitalized, between what dates? From 15-XII-72 19__ To 3-I-73 19__
Name and Address of Hospital Hospital Nacional Casilla 2725 Santiago, Chile			
Occupation When Disability Began Especialista en Planeamiento Rural		Name and Address of Employer IICA Casilla 3725 Santiago, Chile	Is this Accident or Sickness Due to Employment? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No

SICKNESS	What is the nature of your sickness? <u>Enfermedad de corazón</u>
	When did you previously suffer from the same or any similar sickness? <u>nunca</u>
	Date of first treatment <u>15-XII-72</u>
	Doctor's Name and Address <u>Dr. Antonio Jarcha Casilla 3379 Santiago, Chile</u>
	Other doctors you have consulted? <u>no hay</u>

ACCIDENT	When did accident happen? Date _____ 19__ Hour _____ A.M. _____ P.M.
	What were you doing when the accident happened? (State fully) _____
	How did it happen? (Full particulars must be given) _____
	Where did it happen? _____
	Give name and address of your doctor, (If more than one doctor has treated or examined you for this injury, name all) _____

I do hereby irrevocably authorize any physician or other person who has attended or examined me, or who may hereafter attend or examine me, or any hospital in which I may have been treated or in which I may hereafter be treated, to disclose any knowledge or information which is thereby acquired. A photocast of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Dated 1-V-73 19__ SIGNED Sergio Neruda
Street Address Casilla 1354 City Santiago State Chile ZIP Code _____

**RETURN THIS FORM TO YOUR EMPLOYER
AFTER THE ATTENDING PHYSICIAN COMPLETES THE REVERSE SIDE**

SECTION C	EMPLOYER'S STATEMENT	CLAIMS CANNOT BE PROCESSED UNTIL ALL QUESTIONS ARE ANSWERED		
EMPLOYER COMPLETES	Name of Employee Instituto Interamericano de Ciencias Agricolas	Policy Number GLTD 2968		
	Date Employed 5-X-70	Effective Date of Certificate 1-VII-71	Social Security Number no aplica	
	Employee's Occupation Especialista en Planeamiento Rural	Basic Weekly Earnings \$318.37	Rate of Benefit in Force on Date of Accident or Sickness 65% max. de \$1000.00 el mes	
	Is this Accident or Sickness Due to Employment? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No			
	Date Employee Last Worked 15-XII-72 A.M. 3:15 P.M.	Date Returned to Work 15-V-73 9:00 A.M. _____ P.M.		

Date 16-V-73 19__

Name of Employer IICA
Division Zona Andina
By Mauricio Ortega

SECTION B	ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT HEALTH INSURANCE CLAIM
--------------	---

The Insured is responsible for the completion of this form without expense to the Company.

HEALTH INSURANCE CLAIM - GROUP OR INDIVIDUAL - DISABILITY INCOME

PART A TO BE COMPLETED BY PATIENT (INSURED)
Spaced for Typewriter - Marks for Tabulator Appear on this Line

Patient's Name and Address <u>Sergio Neruda</u> <u>Casilla 1354</u> <u>Santiago, Chile</u>		Date of Birth <u>8-IV-31</u>
Name of Insurance Company <u>BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY</u>		Policy Number <u>GLTD 2968</u>
If Group Insurance, Name of Policyholder (i.e. employer, union or association through whom insured) <u>Instituto Interamericano de Ciencias Agricolas</u>		Insured's Social Security Number <u>no aplica</u>

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize the undersigned Physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment.

SIGNED (patient, or parent if minor)
Sergio Neruda Date 1-V-73

PART B ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

1. Diagnosis and concurrent condition*
(If diagnosis code other than ICDA - used, give name):

(DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

2. Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment? Pregnancy? IF YES, APPROXIMATE DATE PREGNANCY COMMENCED.

Yes No Yes No Date

3. Report of services (OR ATTACH ITEMIZED BILL) (IF PREVIOUS FORM SUBMITTED TO THIS CARRIER, YOU NEED SHOW ONLY DATES AND SERVICES SINCE LAST REPORT)

DATE OF SERVICES	PLACE OF SERVICE*	DESCRIPTION OF SURGICAL OR MEDICAL SERVICES RENDERED	PROCEDURE CODE—IF USED (If code other than CPT* used, give name)	CHARGES
		<u>Véase factura adjunta</u>		
		<u>19 consultas en hospital a 7.00 c.u.</u>		<u>133.00</u>
TOTAL CHARGES ▶				<u>\$ 133.00</u>
AMOUNT PAID ▶				<u>\$ 133.00</u>
BALANCE DUE ▶				<u>\$ -0-</u>

4. Date symptoms first appeared or accident happened <u>15-XII-72</u>	5. Date patient first consulted you for this condition <u>15-XII-72</u>
6. Patient ever had same or similar condition? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> If "Yes" When and Describe:	7. Patient still under your care for this condition? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. Patient was continuously totally disabled (Unable to Work). FROM <u>15-XII-72</u> THRU <u>30-IV-73</u>	9. Patient was partially disabled FROM <u>1-V-73</u> THRU <u>el presente</u>
10. If still disabled, date patient should be able to return to work <u>15-V-73</u>	11. Patient was house confined FROM <u>3-I-73</u> THRU <u>30-IV-73</u>
12. Does patient have other health coverage? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> If "Yes" Please Identify:	

13. I do not accept assignment

DATE <u>7-V-73</u>	PHYSICIAN'S NAME (print) <u>Ignacio Cernuda</u>	SIGNATURE <u>Ignacio Cernuda</u>	DEGREE <u>MD</u>	TELEPHONE <u>22 45 33</u>
STREET ADDRESS <u>Casilla 21701</u>	CITY OR TOWN <u>Santiago</u>	STATE OR PROVINCE <u>Chile</u>	ZIP CODE	

Approved by Council on Medical Service, AMA 10-63

BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

**Instrucciones
FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE**

Para poder atender rápidamente su solicitud, favor llenar este formulario inmediatamente aun cuando usted no haya regresado al trabajo.

Llene el formulario en la siguiente forma:

1. Conteste todas las preguntas de la Sección A, bajo Enfermedad o Accidente, según el caso.
2. Firme al final de la Sección A.
3. Pídale a su médico que llene y firme la Declaración del Médico, Sección B.
4. Pídale a su patrono que llene y firme la Declaración del Patrono, Sección C.

*

RECLAMO BAJO EL SEGURO COLECTIVO DE INGRESO EN CASO DE INCAPACIDAD

Sección A – Declaración del Asegurado

El suministro de este formulario y la investigación del reclamo no implican en modo alguno que la Compañía reconozca la validez de un reclamo ni que renuncie a sus derechos ni a las disposiciones de la póliza.

Nombre completo (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento – Fechas de hospitalización: – Desde – hasta

Nombre y dirección del hospital

Ocupación en la fecha en que se inició la incapacidad

Nombre y dirección del patrono

¿El accidente o la enfermedad se debe a factores relacionados con el empleo? Sí, No

Enfermedad

Indique la naturaleza de la enfermedad.

Indique las fechas anteriores en que usted haya sufrido la misma enfermedad o una enfermedad parecida.

Fecha del primer tratamiento

Nombre y dirección del médico

Nombres y direcciones de otros médicos consultados

Accidente

Fecha y hora del accidente: Fecha – Hora (am) (pm)

¿Qué hacía usted cuando ocurrió el accidente? (Dé detalles completos).

¿Cómo sucedió? (Dé detalles completos).

¿Dónde ocurrió?

Nombre y dirección de su médico (Si lo atendió o examinó más de un médico, dé los nombres de todos)

*

Por este medio autorizo irrevocablemente a cualquier médico u otra persona que me haya atendido o examinado, o que en lo sucesivo me atienda o examine, o a cualquier hospital en el cual haya recibido tratamiento o en el que posteriormente reciba tratamiento, para que divulguen todos los datos e informes que obtengan a raíz de dichas atenciones, exámenes o tratamientos. Una copia fotostática de esta autorización tendrá la misma validez y efectividad del original.

Fecha – Firma – Dirección: Calle – Ciudad – Estado – Zona postal

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO A SU PATRONO
DESPUES DE QUE EL MEDICO HAYA LLENADO EL DORSO**

Sección C – Declaración del Patrono (A ser llenado por el patrono)

No se tramitará ningún reclamo a menos que se haya contestado a todas las preguntas.

Nombre del Empleado – Número de póliza – Fecha de empleo – Fecha efectiva del certificado – No. de seguridad social – Ocupación del empleado – Sueldo semanal básico – % del beneficio en vigencia en la fecha del accidente o la enfermedad
Indique si el accidente o la enfermedad se relaciona con el empleo: Sí, No
Ultimo día de trabajo del empleado (Fecha y hora) – Fecha de regreso al trabajo (Fecha y hora) – Fecha – Nombre del Patrono – División – Por

El asegurado suministrará los datos aquí solicitados sin costo alguno a la Compañía.

Sección B – Declaración del Médico – Seguro de Salud

RECLAMO BAJO EL SEGURO DE SALUD – COLECTIVO O INDIVIDUAL – INGRESO EN CASO DE INCAPACIDAD

Parte A – A ser llenado por el Paciente (Asegurado)

(Para llenar a máquina – en esta línea aparecen las marcas para el tabulador)

Nombre y dirección del paciente – Fecha de Nacimiento

Nombre de la Compañía Aseguradora – Póliza No. – No. de seguridad social del Asegurado

Si la póliza es colectiva, indique el nombre del Asegurado Principal (el patrono, sindicado o asociación propietaria de la póliza colectiva)

AUTORIZACION PARA SUMINISTRAR DATOS: Por este medio autorizo al médico abajo nombrado para que suministre cualquier información que haya obtenido en el curso de los exámenes o tratamiento.

Firma (del paciente, o de su padre, si es menor de edad) – Fecha

Parte B – Declaración del Médico

1. **Diagnóstico y dolencias concurrentes**

(Si se emplea un código para diagnóstico distinto al ICDA*, indique cuál):

2. ¿Se debe esta dolencia a una lesión o enfermedad causada por el trabajo del paciente? Sí, No. ¿Por embarazo? Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha aproximada de comienzo del embarazo. – Fecha
3. **Informe de servicios (Puede adjuntar una factura detallada en vez de llenar este punto) (Si usted ya ha presentado un reclamo a la misma compañía aseguradora, solamente necesita indicar las fechas y el servicio recibido después del último informe)**

Fecha del servicio – Lugar del servicio† – Descripción de los servicios quirúrgicos o médicos

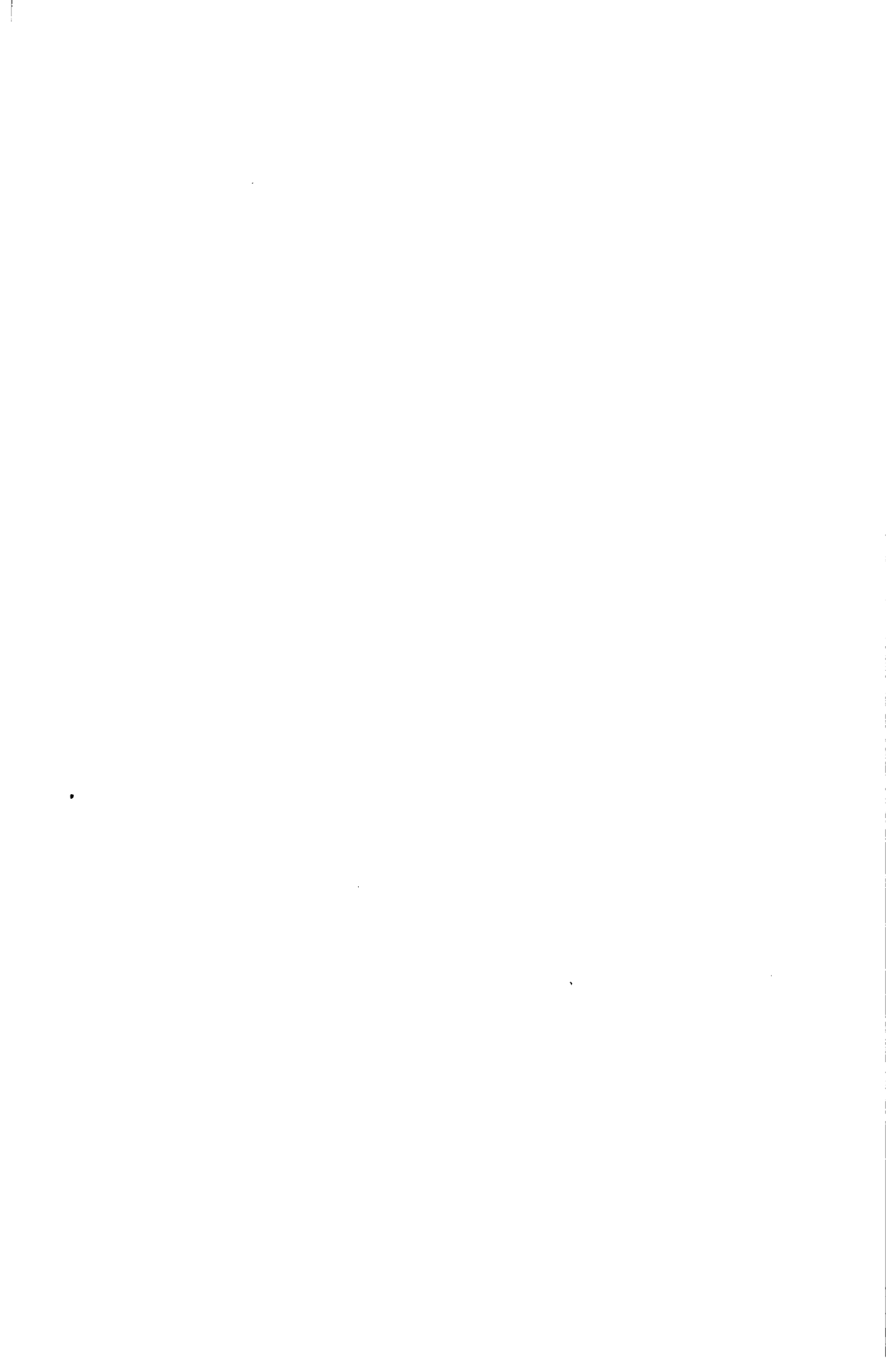
Código de procedimientos (Si se utiliza un código distinto al CPT**, indique cuál) – Suma cobrada – Total – Pagado – Saldo

†O: Oficina del médico; IH: Hospital con internado; NH: Hogar de convalecencia; H: Casa del paciente; OH: Hospital de consulta externa; OL: Otro lugar

*ICDA: Clasificación internacional de enfermedades; **CPT: Terminología actualizada de procedimientos (edición actual)

4. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o en que ocurrió el accidente.
5. Fecha en que el paciente le hizo la primera consulta en relación con esta dolencia.
6. Indique si el paciente había sufrido anteriormente la misma dolencia o una dolencia similar. Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas y describa la dolencia anterior:
7. ¿Sigue el paciente bajo su cuidado en relación con esta dolencia? Sí, No.
8. Fechas de incapacidad total y continuada del paciente (incapacidad para trabajar) – Desde – Hasta – inclusive

9. **Fechas de incapacidad parcial – Desde – Hasta – inclusive**
 10. **Si el paciente sigue incapacitado, indique la fecha probable en que podría regresar al trabajo.**
 11. **Fechas de confinamiento del paciente en su casa. – Desde – Hasta – inclusive**
 12. **Indique si el paciente tiene cobertura bajo otro seguro de salud. Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique cuál:**
 13. **No acepto la cesión de los beneficios**
- Fecha – Nombre del médico (en letra de imprenta) – Firma – Título – Teléfono – Dirección – (Calle) (Ciudad) (Estado o provincia) (Zona postal)**





FOR: No. 6

CONTINENTAL CASUALTY CO. - AMERICAN CASUALTY CO. - NATIONAL FIRE INSURANCE CO. OF HARTFORD - TRANSCONTINENTAL INSURANCE CO. - TRANSPORTATION INSURANCE CO. - VALLEY FORGE INSURANCE CO. - VALLEY FORGE LIFE INSURANCE CO. - CNA MUTUAL CORPORATION

IMPORTANT—This blank should be filed out by the claimant and his doctor immediately after the commencement of loss and filed with the company. On all medical expense claims attach itemized bills.

FULL NAME Ramón Estavéz Date of birth 31-VI-42 Policy No. AA 167,757
 Address Casilla de Correos 9008 Montevideo Uruguay Phone No. 24 963
No. and Street City or Town State
 Policy date 1-VII-72 Date of last payment 1-I-73 To whom paid Wright International
 Occupation Economista Asistente Average monthly earnings \$659.24
(Describe fully your various duties)
 Employer's name IICA Address Casilla de Correos 1217
Montevideo, Uruguay

Complete If Claim Is for Dependent	NAME OF DEPENDENT		RELATIONSHIP TO EMPLOYEE	DATE OF BIRTH
	IS DEPENDENT EMPLOYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, STATE WHERE:		
F O R A L L C L A I M S	Date accident occurred or sickness began		15 enero 73	19
	Date last worked		16 enero 73	19 A.M. 1 P.M.
	Nature of sickness or injury		Pancreatitis	
	If sickness, when were first symptoms noticed?		15 enero 73	19
	Has this disease caused previous trouble?			
	If so, when		si	Diciembre 19 72
	If injured, how, where and what time did the accident occur?			
	Date of first medical treatment		20 diciembre	19 72
	Name and address of physician		Dr. Galo Sicre	Casilla de Correos 157 Montevideo, Uruguay
	(Give names of all other physicians consulted)		no hay	
Have you been confined to a hospital?		si		
Name and address of hospital		Hospital S. Juan Montevideo	Admitted 16 enero 73 Discharged 20 enero 73	
Have you been confined to the house?		Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
(If "yes" give dates)		From 20 enero 1973	To 20 marzo 73 19	
On what date did you or do you expect to resume light work?		15 marzo 1973		
On what date did you or do you expect to resume your usual duties?		22 marzo 19 73		
Did injury occur in the course of any employment?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Have you, or do you intend to file this claim under Workmen's Compensation?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
What other insurance (accident, disability, hospital or medical expense) have you?		If none, state "none." nada		

(State names of companies or associations and amount in each)

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended me or examined me, to disclose when requested to do so by CNA/INSURANCE, or its representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Dated 22 marzo 19 73

Signed Ramón Estavéz

G-80683-D

Signed Jorge Acín
Patrons Policyowner



HEALTH INSURANCE CLAIM — GROUP OR INDIVIDUAL — DISABILITY INCOME

PART A

TO BE COMPLETED BY PATIENT (INSURED)

Speced for Typewriter — Marks for Tabulator Appear on this Line

PATIENT'S NAME AND ADDRESS

Ramón Estavez Casilla de Correos 9008 Montevideo, Uruguay DATE OF BIRTH 31-VI-42

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize the undersigned Physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment.

SIGNED (PATIENT, OR PARENT IF MINOR)

Ramón Estavez

DATE 22-III-73

PART B

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

DIAGNOSIS AND CONCURRENT CONDITIONS

(If diagnosis code other than ICDA* used, give name):

Pancreatitis aguda

IS CONDITION DUE TO INJURY OR SICKNESS ARISING OUT OF PATIENT'S EMPLOYMENT?

YES NO

PREGNANCY?

YES NO

If Yes, approximate date pregnancy commenced. DATE

REPORT OF SERVICES (Or attach itemized bill) (If previous form submitted to this carrier, you need show only dates and services since last report)

PROCEDURE CODE — IF USED (If code other than CPT* used, give name)

Table with columns: DATE OF SERVICES, PLACE OF SERVICES, DESCRIPTION OF SURGICAL OR MEDICAL SERVICES RENDERED, PROCEDURE CODE, CHARGES. Includes entries for 4 consultations at 6.50 c.u. and 7 consultations at 5.00 c.u.

TOTAL CHARGES \$ 61.00 AMOUNT PAID \$ 61.00 BALANCE DUE \$ -0-

- 10—Doctor's Office IH—Inpatient Hospital NH—Nursing Home H—Patient's Home OH—Outpatient Hospital OL—Other Locations *ICDA—International Classification of Diseases **CPT—Current Procedural Terminology (current edition)

DATE SYMPTOMS FIRST APPEARED OR ACCIDENT HAPPENED.

Diciembre 1972

DATE PATIENT FIRST CONSULTED YOU FOR THIS CONDITION.

20 de diciembre de 1972

PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR CONDITION?

YES NO If "Yes" when and describe:

PATIENT STILL UNDER YOUR CARE FOR THIS CONDITION?

YES NO

PATIENT WAS CONTINUOUSLY TOTALLY DISABLED (Unable to work).

From 16 enero 73 Thru 15 marzo 73

PATIENT WAS PARTIALLY DISABLED.

From 15 marzo 73 Thru 22 marzo 73

IF STILL DISABLED, DATE PATIENT SHOULD BE ABLE TO RETURN TO WORK.

22 marzo 73

PATIENT WAS HOUSE CONFINED.

From 20 enero 73 Thru 15 marzo 73

DOES PATIENT HAVE OTHER HEALTH COVERAGE?

YES NO If "Yes" please identify

Date 20-III-73 Physician's Name (Print) Galo Sicre Signature Galo Sicre Degree MD Telephone 68 49 22 Street Address Casilla de Correos 1578 City or Town Montevideo State or Province Uruguay Zip Code

Approved by Council on Medical Services, AMA 10-47

I authorize the release, to CNA/INSURANCE, of any and all medical records pertaining to the above patient.

Signed Galo Sicre, M.D. Degree

CNA INSURANCE

NOTA IMPORTANTE: Este formulario deberá ser llenado por el asegurado y su médico tan pronto como comience la condición que da origen al reclamo, y enviarse a la compañía. Adjunte facturas detalladas para todo reclamo de gastos médicos.

Nombre completo – Fecha de nacimiento – Póliza No.

Dirección (Calle) (Ciudad) (Estado) Teléfono

Fecha de la póliza – Fecha del último pago – A quién se pagó

Ocupación – Sueldo mensual promedio

Nombre del patrono – Dirección

Si el reclamo se hace para un dependiente, conteste lo siguiente:

Nombre del dependiente – Parentesco con el empleado – Fecha de nacimiento

¿Tiene empleo el dependiente? Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique dónde

Las siguientes preguntas deberán contestarse para todos los reclamos:

Fecha en que ocurrió el accidente o empezó la enfermedad

Ultimo día de trabajo (Fecha y hora)

Naturaleza de la enfermedad o lesión

Si se trata de una enfermedad, indique cuándo se observaron los primeros síntomas.

¿Esta enfermedad ha causado problemas anteriormente? Si la respuesta es afirmativa, indique cuándo.

Si se trata de un accidente, indique cómo, dónde y a qué hora ocurrió el accidente.

Fecha del primer tratamiento médico.

Nombre y dirección del médico

(Indique los nombres de todos los demás médicos que haya consultado)

¿Ha sido usted hospitalizado? – Fecha de ingreso

Nombre y dirección del hospital – Fecha de salida

¿Ha sido confinado en su casa de habitación? Sí, No. (Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas) Desde – hasta

¿En qué fecha regresó usted o piensa que podrá regresar para realizar trabajo liviano?

¿En qué fecha regresó usted o piensa que podrá regresar a su trabajo normal?

Indique si la lesión ocurrió en el curso de su trabajo. Sí, No. ¿Ha reclamado usted o piensa reclamar beneficios bajo el seguro contra riesgos profesionales? Sí, No.

Indique si usted tiene otro seguro (contra accidentes, incapacidad, hospitalización o gastos médicos)

Si no tiene ninguno, indique “Ninguno”

(Indique los nombres de las compañías o asociaciones y el monto de cada seguro).

Por este medio autorizo a cualquier hospital, médico, o a cualquier otra persona que me haya asistido o examinado para que divulgue cuando así se lo solicite la CNA/INSURANCE o su representante, todas y cualesquiera informaciones en relación con cualquier enfermedad o lesión, historial médico, consulta, recetas o tratamientos, y copias de todos mis expedientes de hospital o médicos. Una copia fotostática de esta autorización tendrá la misma efectividad y validez como el original.

Fecha – Firma (Paciente) – Firma (Asegurado)

CNA/INSURANCE

RECLAMO BAJO EL SEGURO DE SALUD – INDIVIDUAL O COLECTIVO – SEGURO DE INGRESO EN CASO DE INCAPACIDAD

Parte A: A ser completado por el Paciente (Asegurado)

Nombre y dirección del paciente – Fecha de nacimiento

AUTORIZACION PARA SUMINISTRAR DATOS: Por este medio autorizo al médico abajo nombrado para que suministre cualquier información que haya obtenido en el curso de los exámenes o tratamiento.

Firma (del paciente, o de su padre, en el caso de un menor) – Fecha

Parte B: Declaración del Médico

Diagnóstico y dolencias concurrentes

(Si se emplea un código para diagnóstico distinto al ICDA*, indique cuál):

¿Se debe esta dolencia a una lesión o enfermedad causada por el trabajo del paciente? Sí, No. ¿Por embarazo? Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha aproximada de comienzo del embarazo. – Fecha

Informe de servicios (Puede adjuntar una factura detallada en vez de llenar este punto) (Si usted ya ha presentado un reclamo previo a la misma compañía aseguradora, solamente necesita indicar las fechas y el servicio recibido después del último informe)

Fecha del servicio – Lugar del servicio† – Descripción de los servicios quirúrgicos o médicos

Código de procedimientos (Si se utiliza un código distinto al CPT**, indique cuál) – Suma cobrada – Total – Pagado – Saldo

†O: Oficina del médico; IH: Hospital con internado; NH: Hogar de convalecencia; H: Casa del paciente; OH: Hospital de consulta externa; OL: Otro lugar

*ICDA: Clasificación internacional de enfermedades; **CPT: Terminología actualizada de procedimientos (edición actual)

Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o en que ocurrió el accidente.

Fecha en que el paciente le hizo la primera consulta en relación con esta dolencia.

Indique si el paciente había sufrido anteriormente la misma dolencia o una dolencia similar. Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas y describa la dolencia anterior:

¿Sigue el paciente bajo su cuidado en relación con esta dolencia? Sí, No.

Fechas de incapacidad total y continuada del paciente (incapacidad para trabajar) – Desde – Hasta – inclusive

Fechas de incapacidad parcial – Desde – Hasta – inclusive

Si el paciente sigue incapacitado, indique la fecha probable en que podría regresar al trabajo.

Fechas de confinamiento del paciente en su casa. – Desde – Hasta – inclusive

Indique si el paciente tiene cobertura bajo otro seguro de salud. Sí, No. Si la respuesta es afirmativa, indique cuál:

Fecha – Nombre del médico (en letra de molde) – Firma – Título – Teléfono – Dirección (Calle) (Ciudad) (Estado o provincia) (Zona postal)

Autorizo el suministro a la CNA/INSURANCE de todos y cualesquiera expedientes médicos relacionados con el susodicho paciente.

Firma (Médico) – Título



WHAT TO DO in the EVENT of an ACCIDENT

1. Obtain names and addresses of injured persons.
2. Take names and addresses of all witnesses including passengers.
3. Inform the police of every accident involving injury or damage.
4. If you have a camera, take photographs of the scene of the accident before the vehicles are moved.
5. Make a rough sketch of the road and relative positions of the involved automobiles before and after the time of the accident.
6. Note impact damage on both vehicles.
7. Complete the attached "Report of Accident" form and communicate immediately with the nearest Claims Agent of the Company as shown on your policy.

AUTOMOBILE ACCIDENT LOSS REPORT
IF SERIOUS USE TELEPHONE OR TELEGRAPH
IMPORTANT

Policy Number must be shown on attached report when filing a claim.

- DO NOT**
1. State the accident was your fault.
 2. Make any comments to anyone except to the police or to a representative of the Company.
- DO NOT** rely on Military Police or Local Police to report your accident to us.
REPORT IT TO US YOURSELF.
American International Underwriters

PLEASE FURNISH ALL DETAILS OBTAINED USING THIS REPORT FORM No. 7

POLICYHOLDER	NAME Instituto Interamericano de Ciencias Agricolas	POLICY NO. 66-203428				
HOME ADDRESS Apartado 10281 San José, Costa Rica	BUSINESS ADDRESS idem.	HOME PHONE NO. 66-203429				
		BUSINESS PHONE NO. 222 022				
AUTOMOBILE AND DRIVER	YEAR 1973	MAKE Chevrolet	MODEL Sedan	SERIAL NO. 66205K-980 N	MOTOR NO. 66779	LICENSE PLATE NO. G6758
OWNER OF VEHICLE Roberto Guzman	NAME OF DRIVER idem				LICENSE PLATE NO. R6758	
ADDRESS Avenida Flores 15 San José, CR	ADDRESS idem				AGE 31	SEX 334 099
TIME AND PLACE OF LOSS	DATE & TIME OF LOSS OR ACCIDENT 3-II-73 5:04 pm		LOCATION (STREET & NEAREST INTERSECTION) Calles Vicente y Moratin			
	(TOWN OR CITY)		(COUNTRY)			

San José, Costa Rica

WEATHER	ROAD CHARACTER	ROAD MATERIAL	ROAD CONDITION
<input checked="" type="checkbox"/> 1. CLEAR <input type="checkbox"/> 2. CLOUDY <input type="checkbox"/> 3. RAINING <input type="checkbox"/> 4. SNOWING <input type="checkbox"/> 5. SLEETING <input type="checkbox"/> 6. FOG	<input checked="" type="checkbox"/> 1. STRAIGHT, LEVEL <input type="checkbox"/> 2. CURVE, LEVEL <input type="checkbox"/> 3. STRAIGHT, GRADE <input type="checkbox"/> 4. CURVE, GRADE <input type="checkbox"/> 5. STRAIGHT, HILLCREST <input type="checkbox"/> 6. CURVE, HILLCREST	<input type="checkbox"/> 1. CONCRETE <input checked="" type="checkbox"/> 2. BLACKTOP <input type="checkbox"/> 3. BRICK OR BLOCK <input type="checkbox"/> 4. GRAVEL <input type="checkbox"/> 5. DIRT OR SAND <input type="checkbox"/> 6. OTHER	<input checked="" type="checkbox"/> 1. DRY <input type="checkbox"/> 2. WET <input type="checkbox"/> 3. MUDDY <input type="checkbox"/> 4. SNOWY <input type="checkbox"/> 5. ICY

PERSONS INJURED	NAME	ADDRESS	AGE	RELATIONSHIP TO INSURED	PASSENGER		PEDAL TRIUM	EXTENT OF INJURIES
					DRIVER	OTHER		
No habian								

DAMAGE TO PROPERTY OF OTHERS	OWNER Cristina de Chávez	ADDRESS Calle Kennedy 1118 San José, CR
OTHER DRIVERS ella misma	NAME idem	
KIND OF PROPERTY (IF AUTOMOBILE, MAKE & YEAR) 1964 Volkswagen	PHONE 983 568	
	LIST NATURE AND EXTENT OF DAMAGE daños a parachoques y al baul	

ESTIMATED COST OF REPAIRS 175.00	HAS CLAIM BEEN MADE? <input checked="" type="checkbox"/> YES	YES	WAS OTHER CAR INSURED? <input checked="" type="checkbox"/> YES	YES	NAME OF COMPANY & POLICY NO. Cia. Nacional de Seguros 246N	LICENSE PLATE NO. CH1264
DAMAGE TO AUTOMOBILE OF POLICY HOLDER	PARTS DAMAGED AND EXTENT daños a parachoques y a faros					

NAME OF PARTY WHO CAUSED DAMAGE Un ambulancia	ADDRESS Clínica Santa Teresa San José, Costa Rica	PHONE 236 107
IS HE INSURED? <input checked="" type="checkbox"/> YES	NAME OF COMPANY & POLICY NO. Cia Nacional de Seguros 330J	WAS HIS AUTOMOBILE BEING USED? en los hogares

OVER—IT IS IMPORTANT TO COMPLETE BOTH SIDES OF THIS REPORT FORM

WITNESSES (IMPORTANT)			Whenever possible please obtain names and addresses of witnesses, bystanders or persons in the immediate vicinity who may have seen the accident or heard statements made by any of the persons involved.		
NAME	ADDRESS	PHONE			
Rosalía M. de Los Ríos	Calle Tomas 1877 San José CR	664 083			

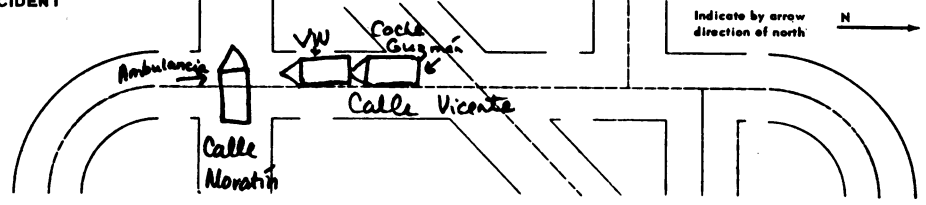
OCCUPANTS OF INSURED'S CAR		
NAME	ADDRESS	PHONE
Roberto Guzman	Avenida Flores 15 San José CR	334 099
Maria P. de Guzman	idem	idem
3 niños de Guzman	idem	idem

DESCRIPTION OF ACCIDENT	WHO AUTHORIZED USE OF CAR?	WIDTH OF ROAD:	(TOTAL NO. OF LANES)
DIRECTION YOUR AUTOMOBILE WAS GOING	WERE YOU IN PROPER LANE?	YOUR RATE OF SPEED:	CONDITION OF YOUR BRAKES:
<input checked="" type="checkbox"/> NORTH <input type="checkbox"/> SOUTH	<input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	15-20mph	good
NUMBER OF PERSONS IN POLICYHOLDER'S CAR:	NUMBER OF PERSONS IN OTHER CAR:	DIRECTION OF OTHER VEHICLE OR OBJECT:	
cinco	una	<input checked="" type="checkbox"/> NORTH <input type="checkbox"/> SOUTH	
WHAT POLICE AUTHORITY MADE REPORT?			
Dept. de Transportacion de Costa Rica			

DRIVER'S ACCOUNT OF ACCIDENT OR LOSS Driver's Statement: -

Una ambulancia fue por una luz roja. El automóvil de la Sra. de Chávez se paró. No pude parrar bastante rápido y choque con su automóvil.

DIAGRAM OF ACCIDENT COMPLETE THE DIAGRAM SHOWING DIRECTION & POSITIONS OF AUTOMOBILES INVOLVED, DESIGNATING CLEARLY POINT OF CONTACT.



DATE OF THIS REPORT	DATE:	SIGNATURE OF INSURED OR DRIVER
	3 Febrero 73	Roberto Guzman

INFORME SOBRE PERDIDAS EN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

En caso de un accidente grave, utilícese el teléfono o telégrafo

El número de la póliza debe aparecer en el informe adjunto al presentarse un reclamo
QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE

1. Obtenga los nombres y las direcciones de las personas heridas.
2. Anote los nombres y las direcciones de todos los testigos, incluyendo a los pasajeros.
3. Informe a la policía sobre todo accidente en que hayan daños o heridos.
4. Si tiene cámara, tome fotografías del lugar del accidente antes de que se muevan los vehículos.
5. Haga un esbozo del camino y las posiciones relativas de los automóviles accidentados antes del accidente y en el momento del accidente.
6. Indique el daño causado por el impacto en ambos vehículos.
7. Llene este "Informe sobre Accidente" y comuníquese inmediatamente con el Agente para Reclamos de la Compañía Aseguradora, según lo indicado en en su póliza.

USTED NO DEBE POR NINGUN MOTIVO

1. Declararse culpable del accidente.
2. Hacer comentarios con ninguna persona excepto la policía o un representante de la Compañía.

NO ESPERE a que la policía militar o local reporte el accidente a la Compañía.
REPORTELO USTED MISMO.

American International Underwriters
**FAVOR UTILIZAR ESTE FORMULARIO PARA SUMINISTRAR
TODOS LOS DATOS OBTENIDOS**

Asegurado Principal (Propietario de la póliza colectiva)

Póliza No.

Dirección de la residencia

Teléfono de la residencia

Dirección de la oficina

Teléfono de la oficina

AUTOMOVIL Y CONDUCTOR - Año - Marca - Modelo - No. de serie - No. de motor - No. de licencia (placa)

Propietario del vehículo - Nombre del conductor - Licencia de conductor No.

Dirección - Dirección - Edad - Teléfono

HORA Y LUGAR DEL ACCIDENTE - Fecha y hora de la pérdida o el accidente - Lugar (calle y la intersección más próxima) - Ciudad - País

Tiempo: 1. Despejado - 2. Nublado - 3. Lluvioso - 4. Nieve - 5. Cellisca - 6. Neblina

Características del camino: 1. Recto, llano - 2. Curvo, llano - 3. Recto, con pendiente -

4. Curvo, con pendiente - 5. Recto, cima de una cuesta - 6. Curvo, cima de una cuesta

Material del camino: 1. Concreto - 2. Asfaltado - 3. Ladrillo o bloque - 4. Grava - 5.

Tierra o arena - 6. Otro

Condición del camino: 1. Seco - 2. Mojado - 3. Con barro - 4. Con nieve - 5. Con hielo

HERIDOS - Nombre - Dirección - Edad - Parentesco con el asegurado - Pasajeros

Automóvil del Asegurado - Otro Automóvil - Peatones - Heridas

DAÑOS A TERCEROS - Propietario - Dirección

Otro conductor - Dirección - Teléfono

Tipo de propiedad (Si se trata de un automóvil, indique la marca y el año del modelo)

Naturaleza y extensión de los daños

Costo aproximado de la reparación - ¿Se ha hecho reclamo? Sí, No.

¿Estaba asegurado el otro auto? Sí, No.

Nombre de la compañía y número de la póliza – No. de licencia (placa)

DAÑOS AL AUTOMOVIL DEL ASEGURADO – Piezas dañadas y extensión del daño

Nombre de la persona que causó el daño – Dirección – Teléfono

¿Estaba asegurada la persona que causó el daño? Sí, No.

Nombre de la compañía y número de la póliza

¿Dónde puede examinarse el automóvil?

VEASE AL DORSO – ES INDISPENSABLE LLENAR AMBOS LADOS DE ESTE INFORME

TESTIGOS

(IMPORTANTE)

Siempre que sea posible, obtenga los nombres y las direcciones de los testigos, circunstantes y personas que se encuentren cerca del lugar, y que hayan visto el accidente u oído declaraciones hechas por alguna de las personas involucradas en el accidente.

Nombre – Dirección – Teléfono

PERSONAS QUE VIAJABAN EN EL AUTOMOVIL DEL ASEGURADO – Nombre – Dirección – Teléfono

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

¿Quién autorizó el uso del automóvil? – Anchura del camino (Número total de carriles)

¿En qué dirección viajaba usted? Norte – Sur – Este – Oeste

¿Estaba usted en el carril correcto? Sí, No.

¿A qué velocidad iba usted?

¿En qué condición se encontraban los frenos de su automóvil?

¿En qué dirección viajaba el otro vehículo u objeto? Norte – Sur – Este – Oeste

Número de personas que viajaban en el automóvil del Asegurado:

Número de personas que viajaban en el otro automóvil:

Indique cuál autoridad hizo el informe:

INFORME DEL CONDUCTOR SOBRE EL ACCIDENTE O LA PERDIDA

Declaración del Conductor:

DIAGRAMA DEL ACCIDENTE

Complete el diagrama indicando la dirección y las posiciones de los automóviles involucrados en el accidente, indicando claramente el punto de contacto.

Indique el Norte con una flecha

Fecha de este Informe – Fecha – Firma del Asegurado o del Conductor

**ESTA OBRA SE TERMINO DE IMPRIMIR
EL DIECISEIS DE AGOSTO DE MIL
NOVECIENTOS SETENTA Y TRES, EN
LA IMPRENTA DEL ICA/CIDIA.**

**SE HIZO UN TIRAJE DE
600 EJEMPLARES**

ESTA OBRA SE TERMINO DE IMPRIMIR
EL DIECISEIS DE AGOSTO DE MIL
NOVECIENTOS SETENTA Y TRES, EN
LA IMPRENTA DEL ICA/CIDIA.
SE HIZO UN TIRAJE DE
600 EJEMPLARES

DATE OF THIS REPORT

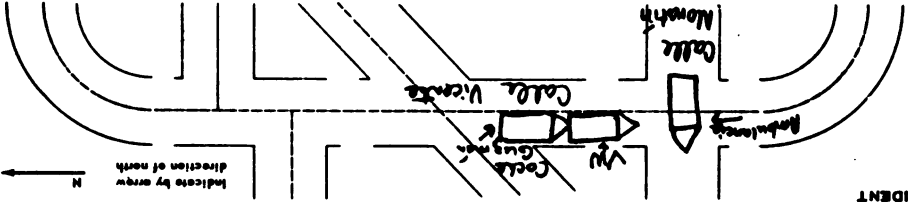
3 Febrero

SIGNATURE OF INSURED OR DRIVER

[Handwritten signature]

DIAGRAM OF ACCIDENT

COMPLETE THE DIAGRAM SHOWING DIRECTION & POSITIONS OF AUTOMOBILES INVOLVED, DESIGNATING CLEARLY POINT OF CONTACT.



Una ambulancia fue por una luz roja. El automovil de la Sr. de Chavez se paro. No pude parrar bastante rapido y chequeo con su automovil.

DRIVER'S ACCOUNT OF ACCIDENT OR LOSS

Driver's Statement: -

Dept. de Transportacion de Costa Rica

DESCRIPTION OF ACCIDENT		WHO AUTHORIZED USE OF CAR?		ROAD OR HIGHWAY	
DIRECTOR YOUR AUTOMOBILE WAS GOING		WEAR YOU IN PROPER LABEL		DIRECTION OF OTHER VEHICLE	
NUMBER OF PERSONS IN POLICEMAN'S CAR		YES		ON OBJECT	
IN OTHER CAR?		NO		SOUTH	
NUMBER OF PERSONS		YOUR RATE OF SPEED		EAST	
GOOD		15-20mph		WEST	
WHAT POLICE AUTHORITY MADE REPORT		CONDITION OF YOUR VEHICLE		TOTAL NO. OF LAMPS	

OCCUPANTS OF INSURED'S CAR

NAME	ADDRESS	PHONE
Rosalie M. de Los Rios	Calle Tomas 1877 San Jose CR	664 083
Roberto Guzman	Avenida Flores 15 San Jose CR	334 099
Maria P. de Guzman	idem	idem
Minos de Guzman	idem	idem

WITNESSES (IMPORTANT)

Whenever possible please obtain names and addresses of witnesses, bystanders or persons in the immediate vicinity who may have seen the accident or heard statements made by any of the persons involved.

PLEASE FURNISH ALL DETAILS OBTAINED USING THIS REPORT FORM NO. 7

POLICYHOLDER
 Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas
 Apartado 10261 San José, Costa Rica
 BUSINESS ADDRESS
 222 022
 HOME PHONE NO.
 66-203428
 POLICE NO. 66-203428

AUTOMOBILE AND DRIVER
 1973 Chevrolet Sedan
 MODEL YEAR MAKE
 66205K-980 N
 LICENSE PLATE NO. 66758

OWNER OF VEHICLE
 Roberto Guevara
 ADDRESS
 Avenida Flores 15 San José, CR
 5:04 pm
 DATE & TIME OF LOSS 8-11-73
 LOCATION (STREET & CROSS STREET) Calle Vicente y Moravia

ROAD CHARACTER
 1. STRAIGHT, LEVEL
 2. CURVE, GRADE
 3. STRAIGHT, GRADE
 4. CURVE, HILLCREST
 5. OTHER

ROAD MATERIAL
 1. CONCRETE
 2. GRAVEL
 3. DIRT OR SAND
 4. OTHER

WEATHER
 1. CLEAR
 2. FOG
 3. DRIZZLE
 4. SHOWY
 5. HAZY

PERSONS INJURED
 NAME ADDRESS
 No Injured

DAMAGE TO OTHERS
 OTHER PARTY'S NAME AND ADDRESS
 Cristiana de Chavez Calle Kennedy 118 San José, CR
 983 568

DAMAGE TO AUTOMOBILE
 ESTIMATED COST OF REPAIRS AND CLAIM
 175.00
 NAME OF COMPANY & POLICY NO. Cia. Nacional de Seguros 2464
 LICENSE PLATE NO. CR1264

DAMAGE TO POLICYHOLDER
 PARTS DAMAGED AND EXTENT
 Cia. Nacional de Seguros en los Hogares 246 107

OVER - IT IS IMPORTANT TO COMPLETE BOTH SIDES OF THIS REPORT FORM

WHAT TO DO IN THE EVENT OF AN ACCIDENT

- Obtain names and addresses of injured persons, including passengers.
- Take names and addresses of all witnesses in injury or damage.
- Inform the police of every accident involving a motor vehicle.
- If you have a company, take photographs of the scene of the accident before the vehicle is moved.
- Make a rough sketch of the road and relative positions of the involved automobiles before and after the accident.
- Make impact damage on both vehicles.

IMPORTANT
 IF SERIOUS USE TELEPHONE OR TELEGRAPH POLICY NUMBER MUST BE SHOWN ON CHECKED REPORT WHEN FILING A CLAIM.

DO NOT
 1. State the accident was your fault.
 2. Make any comments on company receipt to the police or to a representative of the Company.
 3. Do NOT rely on Military Police or Local Police to report your accident to us.
 4. Do NOT rely on a representative of the Company, your policy, or a representative of the Company, your policy, or a representative of the Company, your policy.

REPORT IT TO US IMMEDIATELY
 American International Underwriters



CNA Insurance

HEALTH INSURANCE CLAIM - GROUP OR INDIVIDUAL - DISABILITY INCOME

PART A TO BE COMPLETED BY PATIENT (INSURED)

Space for Typewriter - Marks for Tabulator appear on this line

PATIENT'S NAME AND ADDRESS Ramon Batavez Casilla de Correos 9008 Montevideo, Uruguay

DATE OF BIRTH 31-VI-42

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize the undersigned Physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment.

SIGNED (PATIENT, OR PARENT IF MINOR) Ramon Batavez DATE 22-II-73

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT Pancreatitis aguda

DIAGNOSIS AND CONCURRENT CONDITIONS (If diagnosis code other than ICD-9 used, give name):

IS CONDITION DUE TO INJURY OR SICKNESS ARISING OUT OF PATIENT'S EMPLOYMENT? YES NO

REPORT OF SERVICES (Or attach itemized bill) (If previous form submitted to this carrier, you need show only dates and services since last report)

DATE OF SERVICES PLACE OF SERVICES

DESCRIPTION OF SURGICAL OR MEDICAL SERVICES RENDERED

CHARGES (Véase factura adjunta) 4 consultas a 6.50 c.u. 26.00

7 consultas en oficina de fecha 27 enero, 1, 8, 17, 29 febrero y 8, 17, 20 marzo a 5.00 c.u. 35.00

TOTAL CHARGES \$ 61.00

AMOUNT PAID \$ 61.00

BALANCE DUE \$ -0-

ICD-9 International Classification of Diseases

DATE PATIENT'S FIRST APPEARED OR ACCIDENT HAPPENED: 20 de diciembre 1972

PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR CONDITION? YES NO

PATIENT WAS CONTINUOUSLY TOTALLY DISABLED (Unable to work).

IF STILL DISABLED, DATE PATIENT SHOULD BE ABLE TO RETURN

TO WORK. 22 marzo 73

DOES PATIENT HAVE OTHER HEALTH COVERAGE? YES NO

DATE CITY OR TOWN STATE

Physician's Name (Print) Signature Degree

Street Address City or Town State Zip Code Telephone

Casilla de Correos 1578 Montevideo Uruguay

I authorize the release, to CNA/INSURANCE, of any and all medical records pertaining to the above patient.

Signed J. Batavez, M.D. Degree

G-9083-D
Dated 22 marzo 19 73

Signed Patricia Solares
Signed Patricia Solares

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended me or examined me, to disclose when requested to do so by CNA/INSURANCE, or its representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

	Complete if <input type="checkbox"/> Dependent <input type="checkbox"/> Claim is for	NAME OF DEPENDENT RELATIONSHIP TO EMPLOYEE DATE OF BIRTH	Date accident occurred or sickness began 15 enero 73 19	Date last worked 16 enero 73 19 A.M. 1 P.M. Nature of sickness or injury Pancreatitis	If sickness, when were first symptoms noticed? 15 enero 73 19 Has this disease caused previous trouble? If so, when 19 72 Diciembre If injured, how, where and what time did the accident occur? 20 diciembre 19 72 A.M. P.M.	Date of first medical treatment 20 diciembre 19 72 Name and address of physician Dr. Galo Sicre Casilla de Correos Montevideo, Uruguay	physicians consulted) no hay Have you been confined to a hospital? Hospital S. Juan Montevideo Name and address of hospital (if "yes", give dates) Have you been confined to the house? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> From 20 enero 1973 to 20 marzo 73 19 On what date did you or do you expect to resume light work? 15 marzo 1973 On what date did you or do you expect to resume your usual duties? 22 marzo 19 73	Did injury occur in the course of any employment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Have you, or do you intend to file this claim under Workmen's Compensation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No What other insurance (accident, disability, hospital or medical expense) have you? If none, state "none" made	(State names of companies or associations and amount in each)
--	--	--	--	--	---	---	---	--	---

FULL NAME: Ramon Estavez
 Date of birth: 31-VI-42
 Policy No. AA 167,757
 Address: Casilla de Correos 9008 Montevideo Uruguay
 City or Town: Montevideo
 State: Uruguay
 Phone No. 24 963
 Policy date: 1-VII-72
 Date of last payment: 1-I-73
 To whom paid: Wright International
 Occupation: Ergonomista Asistente
 Average monthly earnings: \$659.24
 Employer's name: IICA
 Address: Casilla de Correos 1217 Montevideo, Uruguay

IMPORTANT—This blank should be filled out by the claimant and his doctor immediately after the commencement of loss and filed with the company. On all medical expense claims attach itemized bills.

CNA/INSURANCE COMPANY
 NATIONAL FIRE INSURANCE CO. - VALLEY FORGE LIFE INSURANCE CO. - CNA/INSURANCE COMPANY
 AMERICAN CASUALTY CO. - AMERICAN CASUALTY CO. - NATIONAL FIRE INSURANCE CO. - VALLEY FORGE LIFE INSURANCE CO.

CNA/insurance

SECTION 2 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT HEALTH INSURANCE CLAIM

The insured is responsible for the completion of this form without expense to the Company.

PART A HEALTH INSURANCE CLAIM - GROUP OR INDIVIDUAL - DISABILITY INCOME TO BE COMPLETED BY PATIENT (INSURED)

Spaced for Typewriter - Marks for Tabulator Appear on this Line

Patient's Name and Address Sergio Herrera, Casilla 1354, Santiago, Chile

Name of Insurance Company BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

Group Insurance, Name of Policyholder (i.e. employer, union or association through whom insured) Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas

Policy Number GILD 2968

Insured's Social Security Number no aplica

SIGNED (patient, or parent if minor)

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize the undersigned Physician to release any information acquired in the course of my examination or treatment.

DATE 1-V-73

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Diagnosis and concurrent conditions

(If diagnosis code other than ICD-A use, give name)

DRBE SER COMPLETADO POR EL MEDICO

Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment? Pregnancy?

Report of services (OR ATTACH ITEMIZED BILL) (IF PREVIOUS FORM SUBMITTED TO THIS CARRIER, YOU NEED SHOW ONLY DATES AND SERVICES SINCE LAST REPORT)

DATE OF SERVICES PLACE OF SERVICES

DESCRIPTION OF SURGICAL OR MEDICAL SERVICES RENDERED

CHARGES (If code other than PROCEDURE CODE - IF USED)

19 consultas en hospital a 7.00 c.u.

Véase factura adjunta

TOTAL CHARGES \$ 133.00

AMOUNT PAID \$ 133.00

BALANCE DUE \$ 0-

5. Date patient first consulted you for this condition

15-XII-72

7. Patient still under your care for this condition? Yes No

4. Patient ever had same or similar condition? Yes No If "Yes" When and Describe:

15-XII-72

8. Patient was continuously totally disabled (Include to Work)

FROM 1-V-73

9. Patient was partially disabled

FROM 1-V-73

10. If still disabled, date patient should be able to return to work

FROM 1-V-73

11. Patient was house confined

FROM 3-I-73

12. Does patient have other health coverage? Yes No If "Yes" Please Identify:

13. I do not accept assignment

DATE 15-V-73

PATIENT'S NAME (Print)

SIGNATURE

CITY OR TOWN

STATE OR PROVINCE

ZIP CODE

TELEPHONE

CHILE

Santiago

Casilla 21701

Approved by Council on Medical Services, AMA 1972

Name of Employer: IICA Date: 16-V-73
 Division: Zona Andina
 by: Mauricio Ortega

Date Employed: <u>5-X-70</u>		Date Returned to Work: <u>15-V-73</u>	
Employer's Occupation: <u>Especialista en Planeamiento Rural</u>		Date Employed Last Worked: <u>15-XII-72</u>	
Effective Date of Certificate: <u>1-VII-71</u>		AM <u>3:15</u> PM	
Rate of Benefit in Force on Date of Accident or Sickness: <u>65% - max. de \$1000.00 al mes</u>		<input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Yes	
Social Security Number: <u>no aplica</u>		Is this Accident or Sickness Due to Employment?	
Policy Number: <u>GLTD 2968</u>		Name of Employer: <u>Instituto Interamericano de Ciencias Agricolas</u>	

EMPLOYER'S STATEMENT
 CLAIMS CANNOT BE PROCESSED UNTIL ALL QUESTIONS ARE ANSWERED

RETURN THIS FORM TO YOUR EMPLOYER
AFTER THE ATTENDING PHYSICIAN COMPLETES THE REVERSE SIDE

Street Address: Castilla 3354 City: Santiago State: Chile ZIP Code: _____
 Date: 1-V-73 SIGNED: Sergio Merida
 I do hereby irrevocably authorize any physician or other person who has attended or examined me, or who may hereafter attend or examine me, or any hospital in which I may have been treated or in which I may hereafter be treated, to disclose any knowledge or information which is thereby acquired. A physician of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ACCIDENT
 When did accident happen? _____ Date: _____ 19____
 What were you doing when the accident happened? _____
 How did it happen? (Full particulars must be given) _____
 Where did it happen? _____
 (Give name and address of your doctor, assumed you for this inquiry, name all) _____
 (If more than one doctor has treated or examined you, give name and address of each) _____

SICKNESS
 What is the nature of your sickness? Enfermedad de corazón
 When did you previously suffer from the same or any similar sickness? nunca
 Date of last treatment: 15-XII-72
 Doctor's Name and Address: Dr. Antonio Jarcha Castilla 3379 Santiago, Chile
 Other doctors you have consulted? no hay
 Name and Address: _____
 (Name and Address)

SECTION A CLAIMANT'S STATEMENT
 Full Name (please print): Sergio Merida
 Name and Address of Hospital: Hospital Nacional Castilla 2725 Santiago, Chile
 Occupation When Disability Began: Especialista en Planeamiento Rural
 Name and Address of Employer: IICA Castilla 3725 Santiago, Chile
 Is this Accident or Sickness Due to Employment? Yes No

Date of Birth: 8-IV-31 If hospitalized, between what dates? _____
 From: 15-XII-72 to: 3-I-73 19____

By furnishing this blank and investigating the claim, the company shall not be held to admit validity of any claim or to waive any of its rights or any of the conditions of the policy.

1. Answer all questions in Section A yourself, under Sickness or Accident, whichever applies.
 2. Sign your name at bottom of Section A.
 3. Have your Doctor complete and sign Physician's Statement, Section B.
 4. Have your Employer complete and sign Employer's Statement, Section C.
- Complete as follows:
 To enable us to give prompt attention to your claim complete this form at once whether you have returned to work yet or not.

FORM No. 5

BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

INSTRUCTIONS PLEASE READ CAREFULLY

GROUP DISABILITY INCOME CLAIM



BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY
Boston 16, Massachusetts

FORM No. 4

EMPLOYERS STATEMENT

GROUP DEATH CLAIM

INSTRUCTIONS:

- As soon as you learn of the death of an insured person complete and mail this statement to the Boston Mutual Life Insurance Company, 156 Stuart Street, Boston 16, Massachusetts.
- Obtain the death certificate as soon as possible and send it to the same office.

Full Name of Insured Enrique Golcher Vigil
 Address of Insured Calle Colon 1866 Piso 3^o
Guatemala, Guatemala
 Date of Death 11-XII-72
 Amount of Insurance \$ 10,000
 Certificate No. _____
 Group Policy No. G 2968

Reason for leaving work: Disability Resignation Vacation Leave of absence Retired Other _____
 (Specify)

I HEREBY CERTIFY THAT THE PREMIUM HAS BEEN PAID THROUGH Diciembre
 By Stuvia Maestas
 Principal en Administración
 (Signature and Title of Authorized Representative)

Was insured considered an employee at date of death? Yes No
 Occupation _____
 Date Employed 6-VI-66 Birth 10-XII-22 Effective Date 1-VII-70
 Was insurance terminated prior to death? No Yes, date of termination _____

Name of Beneficiary Ana Lucia Gonzales de Golcher
 An individual designated by employee
 Approximate Age 43 Under 18, give date of birth _____
 Relationship Esposa

Address of Beneficiary Calle Colon 1866 Piso 3^o Guatemala, Guatemala
 Street _____
 City or Town _____ P. O. Zone _____ State _____

THIS PERSON WAS REQUESTED AND INSURED THROUGH THE PROVISIONS OF THE MASTER POLICY AND AS INDICATED BY THE ADDITIONAL INFORMATION SHOWN ABOVE
Instituto Guatemalteco de Ciencias de Negocios
Guatemala, Guatemala
Apataado 1815
 By [Wright International]
 (Signature of Authorized Representative)

TO AVOID DELAY PLEASE FILL OUT COMPLETELY



LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA

FORM No. 3

GROUP LIFE INSURANCE - PROOF OF DEATH

Claim No. _____

EMPLOYER'S CERTIFICATE

This is to certify that the facts as indicated below are true to the best of my knowledge and belief.

Name of employee Enrique Golcher		Last Name Golcher		First Name Enrique	
Home address Calle Colon 1866 Piso 3 ^o Guatemala, Guatemala		Last Name Golcher		First Name Enrique	
Date of Birth 10-XII-22		Last Name Golcher		First Name Enrique	
Policy No. GL 5427		Certificate No. 21701		Amount of insurance \$36,000.00	
Date of last increase in benefits 1-VII-72		Date of last active service 11-XII-72		Class 2	
Description Especialista en reforma agraria		Date of death 11-XII-72		Relationship Esposa	
Name of beneficiary Ana Lucia Gonzales de Golcher		Date of death 11-XII-72		Relationship Esposa	
Address of beneficiary Calle Colon 1866 Piso 3 ^o Guatemala, Guatemala		Date of death 11-XII-72		Relationship Esposa	
Date of death 18-XII-72		Branch Zona Norte		Signature of authorized representative <i>Mr. Lima</i>	
Name of employer IICA		Branch Zona Norte		Signature of authorized representative <i>Mr. Lima</i>	

PHYSICIAN'S CERTIFICATE

Note: This is to be furnished without expense to the Company. The medical certificate follows the recommendations of the World Health Assembly made in Geneva on July 24, 1948. It has been accepted by all States in this country and in Canada. It may be sent in Spanish, Portuguese or copy of country's language is substituted. In the interest of accuracy what statistics, please conform to the International List of the Causes of Death.

Full name of deceased
Enrique Golcher Vigil

Residence at date of death
Calle Colon 1866 Piso 3^o Guatemala, Guatemala

Age at death or date of birth
50

Date of death
11-XII-72

Causes of death (Enter only one cause for each of a, b, and c.)
(DEBE SER COMPLETADO POR MEDICO FORENSICO)
Disease or condition directly leading to death (This does not mean the mode of dying such as heart failure, stroke, etc.) It means the disease, injury or complication which caused death.
(a)

Accident or external (traumatic) condition, if any, giving rise to the above cause (a) or the underlying cause (b)

Due to (b)

Due to (a)

Other significant conditions (Contributing to the death but not related to the disease or condition causing death.)

Date of first attendance in last illness

Date of last attendance in last illness

Did the deceased receive treatment during the last 5 years from any other physician? Yes No

If yes, please furnish the following:
Name of Physician
Address

Signature of Physician
Address

The issuance of this blank is not an admission of the existence of any insurance nor does it recognize the validity of any claim and is without prejudice to the Company's legal rights in the premises.



FORM No. 2

GROUP HOSPITAL INSURANCE FORM TO BE PRESENTED TO THE HOSPITAL IN DUPLICATE

Special for Typewriter - Marks for Tabular Appear on this List
 Hospital This certifies that Alajo Borges is insured for the following
 Group Hospital Benefits (in behalf of his dependent El mismo)
 Insurance Company of North America (Name of Insurer)

BENEFITS FOR OTHER THAN MATERNITY CARES
 A. HOSPITAL ROOM AND BOARD (INCLUDING GENERAL NURSING SERVICES) AND ACTUAL HOSPITAL CHARGES UP TO \$ 4.00 FOR EACH DAY OF HOSPITALIZATION UP TO 31 DAYS.
 1. HOSPITAL ROOM AND BOARD (INCLUDING GENERAL NURSING SERVICES) AND OTHER HOSPITAL CHARGES UP TO \$ 200.00 (EXCLUDING CHARGES FOR NURSE AND PHYSICIAN SERVICES AND TAKE HOME DRUGS) \$

BENEFITS FOR MATERNITY CARES
 1. HOSPITAL ROOM AND BOARD (INCLUDING GENERAL NURSING SERVICES) AND OTHER HOSPITAL CHARGES FOR HOSPITAL CARE AND TREATMENT UP TO _____ DAYS
 2. OTHER HOSPITAL CHARGES FOR NURSE AND PHYSICIAN SERVICES AND TAKE HOME DRUGS \$ _____

THE MINIMUM HOUR HOSPITALIZATION REQUIREMENT WILL BE MET IN N/A

GROUP FOLIOHOLDER: Inter-American Institute of Afro-Cultural Studies
 Address: Apartado 10281 San Jose, Costa Rica
 Phone: 222 022

BY (Name and Title) Principal en
 HOSPITAL COMPLETE FOLLOWING Alajo Borges
 NAME OF PATIENT Alajo Borges
 AND FURNISH COPY TO
 DATE ADMITTED 2-XI-72
 DATE DISCHARGED 11-XI-72
 OTHER BENEFITS REQUESTED BY HOSPITAL RECORD, IF THE NAME OF COMPANY YES NO

DIAGNOSIS FROM RECORDS (If Injury, Give Date and Place of Accident)
Apandicitis aguda con reaccion peritoneal
 OPERATIONS OR PROCEDURES PERFORMED (Name and Date)
Apandicetomia (extirpacion)
 HOSPITAL CHARGES (Complete This Section or Attach Copy of Itemized Bill Showing Information Below)

WARD	DAVS AT \$	\$
SEMI-PRIVATE	DAVS AT \$	\$
PRIVATE	DAVS AT \$	\$
OTHERS		\$
TOTAL		\$142.20
OPERATING OR DELIVERY ROOM		\$
ANESTHESIA		\$18.00
X-RAY		\$
LABORATORY		\$27.00
ERG B B B		\$
PHYSICAL THERAPY		\$
AMBUULANCE		\$
MEDICAL AND SURGICAL SUPPLIES		\$
PHARMACY (Except Take Home Drugs)		\$48.90
IMMULATION THERAPY		\$
WITNESSOUS SOLUTIONS		\$
TOTAL		\$236.10

TAKEN FROM RECORDS ON 11-XI-72
 HOSPITAL Clinica San Martin
 ACCREDITED BY Medical Brokers de Costa
 Calle Alajuela 1548-San Jose, C.R.

DATE 11-XI-72 19
 I hereby authorize payment directly to the above named hospital to release the information requested on this form.
 Signature of a Member
 Signature Alajo Borges
 AUTHORIZATION TO PAY INSURANCE BENEFITS: I hereby authorize payment directly to the above named hospital for this period of hospitalization. I understand I am financially responsible to the hospital for charges not covered by this authorization.



THIS FORM APPROVED BY THE HEALTH INSURANCE COUNCIL AND ACCEPTED BY THE AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION FOR USE BY HOSPITALS (See explanatory instructions).

TOTAL CHARGES \$ 236.10
 PAID \$ 236.10
 Balance \$ 0-

28. This action should be completed by the hospital, physician, or other person rendering medical services. If this claim is for prescription drugs the completion by the above named is not needed, nonetheless you must. Give diagnosis or illness or type of accident which originated the expense.
- Esta Sección debe ser completada por el médico o institución médica que prestó el servicio. Sin embargo, el reclamo es por medicinas recetadas por un médico, no se requiere la certificación del mismo; pero necesariamente el reclamante debe indicar el diagnóstico o enfermedad o accidentes o enfermedades que ocasionaron dichos gastos.
29. Total amount of expense claimed. Claim form should have attached original or photo copies of receipts. Señalar el total de gastos que se presenta y acompañar siempre el original o la copia de los recibos.

SECTION III

19. Effective date of insurance
Fecha vigente del seguro
17. Class
Clase
19. Cooperation
Cooperación
19. Coverage certified by policyholder's representative
Cobertura certificada por el representante del asegurado

SECTION II

13. If a "yes" answer is given to either of the two immediately preceding questions, please give name and address of employer and insurance company providing medical group coverage. Most medical insurance group plans have a coordination of benefits clause in the respective contracts so that both plans payments do not exceed the maximum benefit allowed under either one of the two plans that offer broader coverage. In other words you cannot obtain payment separately from both plans, exceeding the allowable amount.
- Si la respuesta a cualquiera de las dos preguntas anteriores es sí, escriba el nombre del otro empleador y el nombre y dirección de la otra compañía aseguradora. Si existe otro seguro colectivo o de grupo no se puede cobrar a ambas compañías. En dicho caso las compañías coordinan el pago y este no puede ser mayor que el máximo establecido por la compañía que ofrece la mayor cobertura.
14. Date and signature of patient authorizing any hospital, physician or other person giving medical attention to release information to INA with respect to the services rendered. Fecha y firma del paciente autorizando al médico o institución médica que prestó el servicio a dar detalles a INA sobre el servicio médico prestado.
15. Date and signature of patient if you desire direct payment to the hospital, physician or other person who had rendered medical services. Do not sign if you have paid the bill. Fecha y firma del paciente si se debe hacer el pago directo al médico o institución médica que prestó el servicio. Si usted ya ha pagado la cuenta no debe firmar en esta casilla.
18. If the claim is for a child 18 years of age or older, please mark on the corresponding block if child is or is not married. Si el reclamo es por un hijo mayor de 18 años, marque en la correspondiente casilla si se o no casado.
19. Complete the corresponding block if the employee is or is not covered under any other group medical insurance plan. Marque en la correspondiente casilla si el empleado tiene o no otro seguro colectivo.
20. Complete the corresponding block if the dependent claimant is or is not covered under any other group medical insurance plan. Marque en la correspondiente casilla si el dependiente tiene o no otro seguro colectivo.

SECTION I

INSTRUCTIONS

1. Name of Policyholder
Nombre del asegurado
2. Address
Dirección
3. Name of employee
Nombre y apellidos del funcionario
4. Employee's date of birth
Fecha de nacimiento del funcionario
5. Employer's address
Dirección del funcionario
6. Policy symbol and number
Número y símbolo de la póliza
7. Name of patient only if the claim is for an employee's dependent (spouse and children only)
Nombre del paciente si el reclamo es por un dependiente del funcionario (cónyuge e hijos solamente)
8. Date of birth of dependent claimant
Fecha de nacimiento del dependiente
9. Relationship of patient to employee
Parentesco del paciente con el funcionario

Return No. WRIGHT INTERNATIONAL LTD 1001 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C. 20036

16-I-73 Apartado 56880 Bogota, Colombia
Doctor's Name: Lidore Bover
City or Town: Bogota
State or Province: Colombia

2. Patient Has Continuously Tenderly Discharged (Please Tick in Blank)
3. Patient Ever Had Same or Similar Condition?
4. Date Symptom First Appeared or Accident Happened

10. Doctor's Office
11. Inpatient Hospital
12. Outpatient Hospital
13. Patient's Home
14. Other Locations
Total Charges: \$97.00

31-XII-72 IH Parto normal
Date of Services: 31-III-72
Diagnosis and Concurrent Conditions: 16-I-73

SECTION III TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN
Effective Date of Ins. Class: 16-I-73
Occupational Classification: 16-I-73

SECTION II TO BE COMPLETED BY BENEFITS SERVICES
I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended me to furnish to Life Insurance Company of North America...

10. If claim is for child 18 to 25 years old, is child married?
11. If an employee claim, are you covered under any group insurance plan?
12. If a dependent claim, is this dependent covered under any group insurance plan other than that provided by INAT?

1. NAME OF POLYHOLDER: I I C A C I R A
2. ADDRESS: Apartado Aéreo 14592 Bogota, Colombia
3. NAME OF EMPLOYEE: Luis Carpentier

4. DATE OF BIRTH: 9-X-37
5. POLICY SYMBOL & NUMBER: GL 5427
6. ADDRESS: Apartado Aéreo 14592 Bogota, Colombia

LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH AMERICA
FORM No. 1
OCCUPATIONAL AND NON-OCCUPATIONAL GROUP PROOF OF CLAIM AND PHYSICIAN STATEMENT





1. Medical claim form from the Insurance Company of North America (INA) —to be completed for both medical services and hospitalization. (Form No. 1).

2. Group Hospitalization insurance form —to be completed for hospitalization only. (Form No. 2).

3. Basic Life Insurance claim forms (INA) —to be completed and processed by the Personnel Division directly. (Form No. 3).

4. Supplemental Life Insurance claim form (Boston Mutual Life Insurance Co.). (Form No. 4).

5. Disability claim form —to be completed in the event of a disabling accident or illness that will keep you from your job for more than 60 days. (Form No. 5).

6. Accident claim form —to be completed in the event of an accident that required medical treatment, or that would keep you from your job. (Form No. 6).

7. Automobile accident claim forms —to be completed in the event of an automobile accident. (Form No. 7).

CLAIM FORMS

APPENDIX



submit it to his doctor for completion of Part B. Part B must be completed in order for any benefits to be paid. Upon completion of the form, it should be forwarded to the Personnel Division in San Jose for processing, through your local Administrative Office.

AUTOMOBILE CLAIMS

In the event of an automobile accident, the employee should perform the following:

1. Obtain names and addresses of insured persons.
2. Take names and addresses of all witnesses, including passengers.
3. If a camera is available, take photographs of the scene of the accident before the vehicles are moved.
4. Make a rough sketch of the road and relative positions of the involved automobiles before and at the time of the accident.
5. Note impact on both vehicles.

6. Complete the automobile accident loss report from American International Underwriters (No. 7) which can be obtained from your local Administrative Office, from where all information will be forwarded to the Personnel Division in San Jose.

Do not under any circumstances state that the accident was your fault or make any comments to anyone except either a representative of the insurance company or IICA.

In the event of an accident which requires medical treatment, the employee must complete, in addition to the medical form, the accident claim form from Continental Casualty Company (No. 6). The employee must complete the front side of the claim form in its entirety, sign it, and

ACCIDENT CLAIMS

If an insured employee suffers a disabling accident or illness that will keep him from his job for more than 60 days, then he must complete the group disability income claim from the Boston Mutual Life Insurance Company (No. 5). These forms are on file in your local Administrative Office. Upon receipt of said claim form, the employee must complete Section A on the front side, sign it, and submit it to his physician for completion of Section B. Section B must be completed in its entirety by the doctor before any benefit can be made. Upon completion, the form should be submitted to the Personnel Division in San Jose for processing, through your local Administrative Office.

DISABILITY CLAIMS

In the event of a death of an employee or an insured dependent, the Personnel Division in San Jose should be notified immediately. They will, in turn, handle all necessary procedures to make payment of claim. (Forms No. 3-INA and No. 4-Boston Mutual Life Ins. Co.).

DEATH CLAIMS

Please note that on both the INA medical form and the Group Hospitalization insurance form there is a section which allows the employee to assign benefits to procurers of medical treatment. This means that payment would be made directly to the doctors and hospitals for payment of bills.

Assignment of Benefits

Following his or his dependents' stay in the hospital, he must complete the INA form as outlined above (No. 1). He must also have the hospital complete the Group Hospitalization form (No. 2), attach all receipts and invoices, and forward both to the Personnel Division in San Jose through your local Administrative Office.

If the employee or an insured member of his family requires hospitalization for any reason whatsoever, he must present to the hospital the Group Hospitalization insurance form (No. 2) with the top box fully completed.

Medical Treatment Requiring Hospitalization

After completion of the claim, the employee must have the physician complete all of Section III. No payment can be made unless the physician completes all of this Section. Once the form is completed, attach all invoices and receipts and forward them to the Division of Personnel, San Jose, for processing. Your Personnel Office will check all forms for errors and forward them to IICA's Insurance Administrator for payment.

Upon receipt of a medical claim form (No. 1) the employee must complete Section I, Items 3, 4, 6, 11 and 14 for a claim for himself, and Items 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12 and 14 for a claim for his spouse and/or dependent children. Item 15 must be completed only if the employee wishes to have payment made directly to the attending physician involved.

Medical Claims not Requiring Hospitalization

If an employee has a claim for medical treatment he must file the medical claim form of the Insurance Company of North America (No. 1). If he has a claim for a period of hospitalization, then he must file both the INA medical form (No. 1) and the Group Hospital Insurance form (No. 2). These forms can be obtained from your local Administrative Office.

MEDICAL CLAIMS

CLAIMS

PART VII



Claims will be processed through the Personnel Division in San Jose to the insurance company. Claims will be paid based on the depreciated value. The depreciation scale is on file in your Administrative Office. The insurance carrier is Inter-American Assurance Company.

A copy of the Master Policy will be on file in each IICA office.

The coverage applies on a world-wide basis and while on a common carrier or in a private automobile.

The policy will also not insure against war risk or loss or damage caused by wear and tear, gradual deterioration, moth, vermin, inherent vice or damage sustained while actually being worked upon.

Excluded from the description of personal effects are animals, automobiles, automobile robes and automobile equipment, motorcycles, boats, bicycles, household furniture, artificial teeth and limbs, money, securities, tickets and documents.

Coverage is provided for on an all general risk basis including fire, theft, robbery and loss of baggage. This insurance will cover any losses not covered by a personal property floater or other insurance provided for on a short term or annual basis.

Coverage is provided with limits in the amount of \$500.00 for personal effects such as clothing, toilet articles, suitcases, etc. An additional \$500.00 is provided for items such as rings, cuff links, watches and similar jewelry, cameras and other items of concentrated value.

IICA provides baggage insurance in the amount of \$1,000.00 for all professionals traveling on IICA business. Coverage is provided against loss or damage to personal effects and baggage while traveling on IICA business.

BAGGAGE INSURANCE

PART VI

Premiums for the collision and comprehensive coverages are based upon the value placed on the automobile in U.S. dollars. This value will be determined by the replacement privileges granted IICA by the host country and will vary from country to country. It is most important to remember that in countries such as Colombia, for example, where, if an automobile is stolen, to replace the automobile it must be done at Colombian values rather than duty free values.

Premiums are paid on a payroll deductible basis monthly of 1/12 the annual premium. In the event an automobile is insured after the beginning of the policy year, July 1 to June 30, the full premium for the balance of the year will be charged to the employee. The following full policy year will be paid on regular monthly payroll deduction.

You may apply for the insurance through the Personnel Division of the Executive Offices by contacting the employee in charge of administering insurance affairs in your office.

PART V

AUTOMOBILE INSURANCE

Private Owned Automobiles

Employees of IICA have the privilege of adding their privately owned vehicles to the group automobile policy of the Institute. This is good in all countries with one exception, Mexico. IICA's policy will not cover a vehicle in Mexico. (Please note, insurance while travelling through Mexico should be provided by purchase of an insurance policy at the border).

Liability Benefits

The automobile coverage is broken into two parts. The principal part, a liability policy, covering both bodily injury and property damage provides coverage up to \$100,000.00 maximum for accidents in which an IICA employee, driving his own private automobile, is responsible for bodily injury or property damage.

Collision and Comprehensive

For vehicles up to 10 years of age. As an option, IICA personnel may add this coverage to their liability policy. It may not be taken by itself. Coverage is provided for collision with a \$50.00 deductible from each claim. All other physical damage to the automobile, for example, fire, theft, storm, etc., coverage is paid in full with one exception, claims for damages incurred due to a riot carry a \$100.00 deductible.

For automobiles over 10 years old, the deductible for collision is increased to \$100.00.

Exclusions

a) Disability resulting from war, insurrection, rebellion or participation in a riot.

b) Any disability resulting from intentionally self-inflicted injuries.

c) Any service in the Armed Forces of any country or international authority.

d) Any disability resulting from pregnancy, childbirth, miscarriage or abortion.

Termination

Coverage under the Policy is terminated:

a) Upon termination of the policy

b) On the last day of the month following the month in which employment is terminated.

c) The date the employee attains his 65th birthday.

In order to qualify for disability benefits under the Plan, you must be unable to perform the duties of your regular occupation for the first two years. After that said period of 2 years, in order to continue to be eligible for benefits, you must be unable to perform any and every duty of any gainful occupation for which you are reasonably suited by training, education or experience.

Definition of Disability

In the event of an accident, the Plan will pay 65 per cent of salary, but not more than \$1,000 per month until age 65, after you have been absent from work for a period of 60 days.

Sixty-five per cent of salary not to exceed \$1,000 per month will be paid to the employee for a period of three years if the disability is due to a sickness, after you have been absent from work for a period of 60 days.

Benefits

In the event of both occupational and non-occupational injury due to accident or sickness, the Plan will provide the employee with 65 per cent of their salary as defined below.

Coverage

All full-time employees less than 65 years of age. Coverage is provided on a voluntary basis through the convenience of payroll deduction.

Eligibility

LONG TERM DISABILITY INSURANCE
(For employees only)

PART IV

Coverage under this policy is terminated:

a) on the date the policy is terminated;

b) the date the insured person ceases to be associated with the Institute in a professional capacity;

c) as of the premium due date if the Institute stops payment of the required premium.

Termination

The exclusions are: a) suicide or any attempt thereat; b) declared or undeclared war or any act thereof; c) service in the armed forces of any country; d) riding except as a passenger and not as a pilot, operator or crew member in any previously tried, tested and approved aircraft; e) acrobatic or stunt flying, racing or endurance tests; f) flying which requires a special permit or waiver from an authority having jurisdiction over civil aviation, even though granted, unless previously consented to in writing by the Company; g) flying any rocket propelled aircraft; h) crop dusting, crop seeding or banner towing; or i) flying in any aircraft owned or operated by the Holder unless previously consented to in writing by the Company.

Exclusions

After a period of at least 12 consecutive months of continuous and permanent disability, the full Principal Sum will be paid less any payment made for Dismemberment or Weekly Indemnity.

Blanket Physician's, Surgeon's, Hospital and Nurse's expense of \$1,000 is payable as the result of an accident.

Weekly Accident Indemnity of 60 per cent of salary or wages, subject to a maximum of \$50 weekly for each insured will be paid for a period not to exceed 52 consecutive weeks as the result of any one accident.

**GROUP ACCIDENTAL DEATH, DISMEMBERMENT
AND PERMANENT TOTAL DISABILITY**

PART III

Coverage

All general accidents, both occupational and non-occupational, worldwide, 24 hours a day.

Benefits

Principal Sum: \$25,000.00.

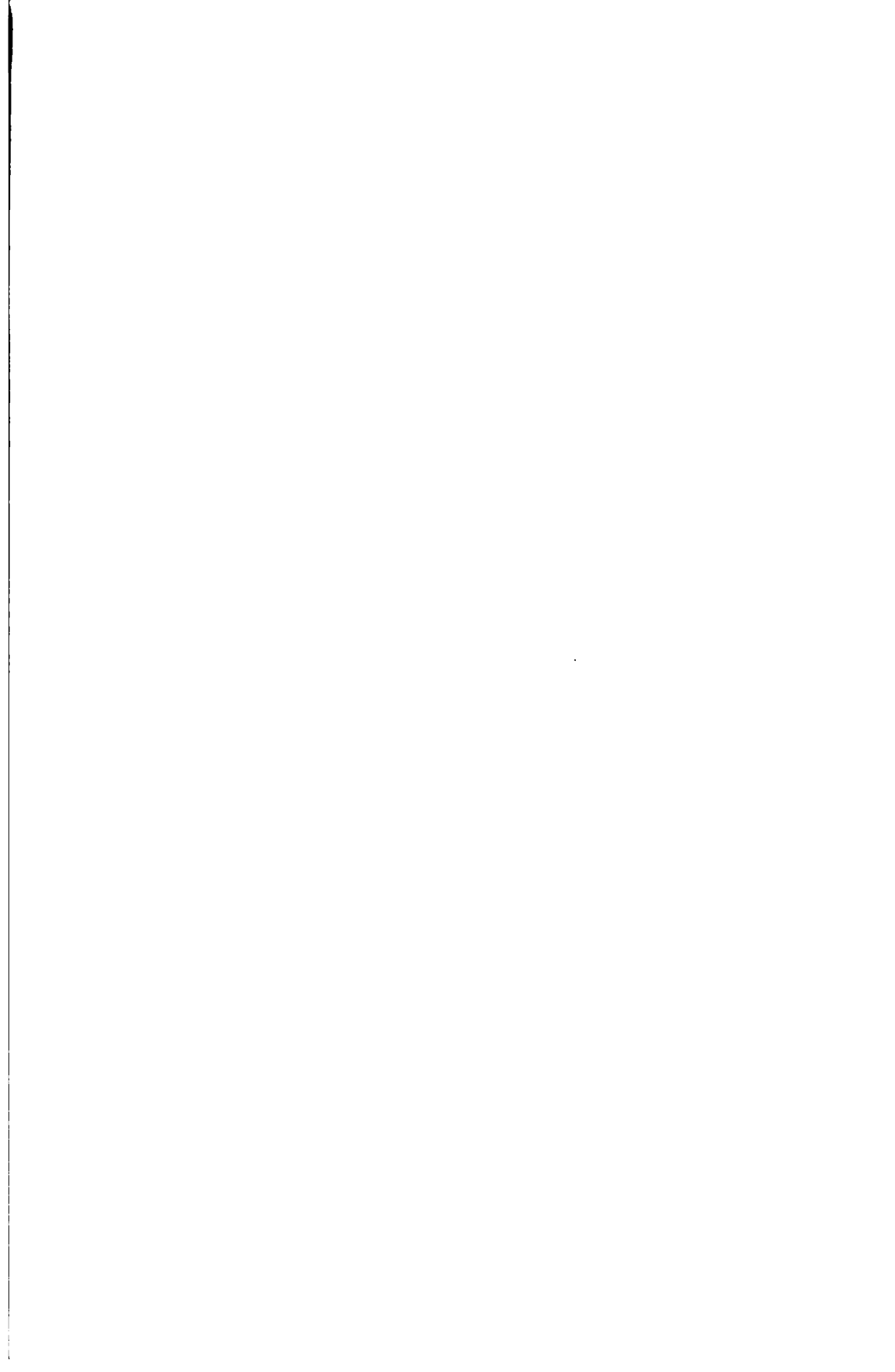
100% Principal Sum is payable for:

- a) death
- b) loss of any two members (hand, foot or sight of eye)
- c) permanent Total Disability (if the insured is permanently and totally disabled, as defined by the policy, after 12 consecutive months of disability)

50% of Principal Sum is payable for the loss of one member (one hand, one foot or sight of one eye).

In addition to the Accidental Death and Dismemberment Benefits mentioned above, which are paid by IICA, the employees may also purchase additional insurance for themselves and their Dependents up to \$100,000.00 each.

The Permanent Total Disability indemnity will be paid when as the result of an injury and commencing within 100 days after the date of the accident, the insured person is totally and permanently disabled and prevented from engaging in each and every occupation for compensation or profit for which he is reasonably qualified by reason of his education, training or experience.



SUMMARY

Total Expense
Paid by Insurance
Basic Hospital—Surgical—Medical Plan
Major Medical Insurance
Total
Paid by Employee
Deductible
20% of Major Medical Expense
Total

\$1,263.00
695.00
430.40
\$1,125.40
30.00
107.60
\$ 137.60

Pre-Existing Conditions

A pre-existing condition is any injury or sickness for which you or your family members have received treatment or incurred expenses within 3 months before the effective date of your insurance. Benefits for a pre-existing condition will be available at the end of a 3-month period which ends while you are insured and during which no expense or treatment is incurred for that condition. However, benefits will be payable after a period of 12 months of being insured, regardless of medical treatment or hospitalization.

HOW YOUR MAJOR MEDICAL PLAN WORKS

Suppose the employee in this example incurred \$1,263 of medical expenses as the result of an accident or sickness. Let us assume that the basic hospital-surgical-medical plan paid \$1,089.50 of his expenses.

Total **Basic** **Balance of**
Expenses Plan Paid Expenses

EXPENSES IN HOSPITAL			
Hospital Bed and Board 20 days	\$ 220	220	—
Hospital Services & Supplies	200	423	—
Surgeon's Fees	175	275	—
Doctor Visits	60	60	—
Private Nurse	—	—	—
EXPENSES OUTSIDE HOSPITAL			
Diagnostic Laboratory and X-rays (prior to hospital)	40	50	10
Physician's Fees	—	100	100
Private Nurses	—	65	65
Dressings & Medicines	—	45	45
Physical Therapy	—	25	25
TOTALS	695	1,263	568
Deductible			30
Balance Subject to Major Medical Payment			<u>538</u>

Major Medical Pays 80% \$ 430.40
 Employee pays 20% 107.60

Expenses not Covered

1. No payment will be made for confinement, medical or surgical services and supplies, or for treatment received:

a) through any government hospital or public program for which no charges are ordinarily made;

b) to the extent that benefits are payable under another group insurance or service plan for which any employer makes contributions or payroll deductions.

2. No payment will be made for:

a) routine physicals;

b) expenses for eyeglasses and hearing aids, and examinations for their prescription or fitting;

c) alcoholism or narcotism.

3. No payment will be made for expenses resulting from an occupational accident or sickness covered by workmen's compensation.

4. War.

Benefits Following Cancellation

1. Benefit Period in Effect at Time of Termination of Insurance:

a) If a Benefit Period is in effect for you or your family members at the time your insurance is terminated, coverage for the disability which resulted in the Benefit Period will continue until the end of the Benefit Period but thereafter except as provided below.

b) Benefit Period Established within 3 Months after Termination of Insurance.

If you or your family members are totally disabled on the date your insurance is terminated, you may, within three months of termination of your insurance, if such total disability has continued, establish a Benefit Period. Covered Expenses for such Benefit Period will be paid for the total disability for not more than one year from the date of termination of insurance.

Expenses in connection with dental treatment will be included when the expenses are made necessary by an injury to natural teeth as the result of an accident occurring while you or your family members are insured.

Expenses for cosmetic surgery will be included only when made necessary by an accident occurring while you or your family members are insured.

Medical and surgical supplies include: anesthesia and its administration; diagnostic X-ray and laboratory examinations; radium, radioactive isotope and X-ray treatments; blood transfusions; oxygen and other gases and their administration; use of iron lung and other durable equipment; physical therapy; prosthetic appliances; dressings; drugs and medicines obtained upon the written prescription of a physician or surgeon.

5. Medical and surgical supplies.
4. Professional ambulance service.

3. Services of a trained or registered nurse other than a member of the family.
2. Treatment by a physician or surgeon.

1. Room and board, services and supplies charged by a legally constituted hospital.

The Covered Expenses described below may be in or out of a hospital.

Covered Expenses include all regular or customary charges actually incurred for necessary care and treatment recommended by a qualified physician or surgeon.

Covered Expenses

Moreover, the maximum payment during any period of 12 consecutive months for disability due to mental illness or functional nervous disorder will be \$300.00. If the insured is hospitalized for a mental or nervous disorder, then that disability will be treated as any other coverage afforded both under Basic and Major Medical.

If you or your family members incur Covered Expenses while confined in a hospital because of mental illness or functional nervous disorder, the same benefits will be payable as provided for any other sickness or accident. However, if you or your family members are not confined in a hospital, payment will be limited to 50 per cent of Covered Expenses (rather than 80%) after the deductible.

Mental Illness

Reinstatement of Maximum Benefit

The Maximum Benefit payable in connection with any one disability of an insured person or covered dependent who has become entitled to \$1,000 or more of such Maximum Benefit may be reinstated upon receipt by the insurance company of satisfactory evidence of insurability with respect to such persons, such evidence to be furnished at no expense to the company.

Benefit Period

A Benefit period for an accident or sickness will start at the beginning of any period of 90 consecutive days or less during which you or your family members have incurred covered expenses which are:

- a) not payable under the basic hospital—surgical plan and
- b) at least equal to the deductible.

It will continue until the end of any 90—day period during which you or your family members have neither received treatment nor incurred expense for that accident or sickness.

The maximum duration of any Benefit Period will be two years.

Subsequent Benefit Periods

If, after termination of a Benefit Period with respect to any one disability, an insured person or a covered dependent shall incur further Covered Expenses as the result of the same disability, and if the Maximum Benefit with respect to the disability has not been paid, subsequent Benefit Periods with respect to such further Covered Expenses shall be established, subject to all the terms of the policy and this Benefit.

Disability Defined

The word “disability” as used in this Benefit means bodily malfunction, excluding pregnancy but including complications incident to pregnancy (as defined in the policy); accidental bodily injury; and mental infirmity. All bodily injuries of a person sustained in one accident shall be considered as one disability. All bodily malfunctions and mental infirmities of a person which are due to the same cause or related causes shall be considered as one disability.

If you and/or one or more of your family members are injured in the same accident, the deductible of \$30.00 will apply only once but there will still be a separate \$5,000 maximum benefit for each individual.

The Maximum amount payable for each Benefit Period will be \$5,000 for you and \$5,000 for each of your family members.

Maximum Amount Payable

a) benefits payable under the basic hospital—surgical plan, and
b) a deductible of \$30.00.

If you or your family members incur Covered Expenses after the effective date of your Major Medical insurance, payment will be made for 80 per cent of the expenses incurred during a Benefit Period which exceed:

Benefits Payable

MAJOR MEDICAL BENEFITS (For you and your family members)

No benefits will be paid under this section for dental fees, medical fees, special nursing fees, occupational accidents or sickness covered by workmen's compensation, or for confinement starting before your insurance becomes effective.

Limitations – Basic Coverage

If pregnancy exists on the date your insurance is cancelled, maternity benefits will be payable for that pregnancy. However, benefits will not be payable for any child born as a result of the pregnancy.

Benefits will be paid for a confinement or operation which occurs within 3 months following cancellation of your insurance provided the confinement or operation occurs during a period of total disability which has been continuous from the date your insurance was cancelled.

Benefits Following Cancellation

EMERGENCY MEDICAL EXPENSE BENEFIT (For you and your family members)

Up to \$15.00 will be paid for expenses incurred by an insured person or covered dependent for professional services of a legally qualified physician rendered in his office for accidental bodily injuries provided such treatment is within 48 hours of the time of the accident causing such injuries and where payment of other medical expenses are not involved under other provisions of this policy.

HOSPITAL AND SURGICAL BENEFITS GENERAL PROVISIONS

When Benefits Begin

To qualify for hospital benefits, confinement must last at least 18 hours in a legally constituted hospital with the recommendation of a qualified physician or surgeon. However, benefits start immediately in case of emergency care following injury or whenever surgery is required.

Successive Confinements or Operations

Maximum benefits are available to an employee for each separate period of disability.

Maximum benefits are available to your family members for each confinement (or operation) if the causes are different. However, if the confinements (or operations) are due to the same cause, separate maximum benefits are available when the employee has returned to active full time work for at least five consecutive scheduled working days. With respect to a covered dependent, such confinement or operation must be separated by at least 60 days from previous confinement.

DIAGNOSTIC X-RAY AND LABORATORY BENEFITS
(For you and your family members)

Benefits Payable

Payment will be made for X-ray and laboratory examinations made upon the recommendation of a doctor. Payment for these diagnostic examinations will be made up to \$40.00 per year for accident or sickness when the examination is made outside a hospital—for example, in a doctor's office or laboratory.

Payment will be made when the examination is made at a hospital only when benefits are not payable under the hospital plan.

Benefits Following Cancellation

Benefits will be paid within 3 months after cancellation of the insurance provided the examination is made during a period of total disability which has been continuous from the date the insurance was cancelled.

Limitations

No benefits will be paid for pregnancy, dental or eye examinations (except in the case of an injury), occupational accidents or sickness covered by workmen's compensation.

Exclusions

No insurance is afforded for X-ray examinations made without film nor service in connection with any dental work or procedure.

DOCTOR'S SERVICES DURING HOSPITAL CONFINEMENT
(For you and your family members)

Benefits Payable

Payment up to \$3.00 per day will be made for services of a doctor during a period of hospital confinement resulting from an injury or disease provided that such period of confinement commences while your insurance is in force. Maximum payment will be \$93.00.

For example, after 10 days in the hospital, payment will be made up to \$30.00 for treatment given by a doctor regardless of the number of calls made.

When surgery is performed, payment will be made for treatment given by a doctor on the day or after the day of the operation only when the doctor is not the one who performed the operation.

Benefits Following Cancellation

Benefits will be paid for treatment given during a period of hospital confinement which occurs within 3 months following cancellation of your insurance. However, this confinement must occur during a period of total disability which has been continuous from the date your insurance was cancelled.

Limitations

No benefits will be paid for pregnancy, dental X-rays or treatment, eye examinations, drugs, dressings, medicine, nursing service, occupational accidents or for sickness covered by workmen's compensation.

Procedures

UNIT VALUES

Surgery

Anesthesia

Unit Value or \$20 whichever

is greater

EAR

Middle Ear

Incision - Myringotomy; tympanotomy; plicotomy, with or without Eustachian inflation and/or aspiration, * 3.0

Excision - Mastoidectomy, modified radical or radical, without skin graft 80.0

Repair

Myringoplasty, uncomplicated 80.0

Tympanoplasty with mastoidectomy 120.0

Stapes mobilization, primary or secondary 70.0

Internal Ear
Incision - Fenestration of semicircular canal 100.0

6.0

Procedures not specifically listed and not specifically excluded by the terms of the Policy will be given values comparable to those of the listed procedures of closest similarity.

* When any asterisked procedure:

a) requires hospital admission an additional two units will be added to the Unit Value (Surgery)

b) is carried out at the time of the initial office visit an additional one unit will be added to the

Unit Value (Surgery)

Procedures

UNIT VALUES
 Anesthesia
 Surgery
 Unit Value or
 \$20 whichever
 is greater

Introduction Burr holes with ventriculography, followed by surgery	20.0	No Allowance
Injection procedure for pneumoencephalography	10.0	5.0
Spine and Spinal Cord		
Excision - Laminotomy for removal of intervertebral discs, lumbar	90.0	7.0
Introduction - Injection procedure for myelography	10.0	3.0
Peripheral Nerves, Other Extracranial Nerves and Ganglia		
Repair		
Neuroorthaphy - suture of nerve		
Primary - arm or leg (except sciatic)	40.0	3.0
Neuroplastis - plastic procedure on intact nerve		
Freeing nerve from scar, including internal and external lysis and transposition away from scarred area, hand or foot	20.0	3.0
Transplantation ulnar nerve, elbow, includes neurolysis (independent procedure)	25.0	3.0
EYE		
Cornea		
Incision - Removal of foreign body from surface of cornea	* 2.0	No Allowance
Excision - Pterygium	25.0	4.0
Repair - Keratoplasty (corneal transplant), lamellar	100.0	8.0
Sclera		
Incision-Sclerotomy, operative incision with removal of intraocular foreign body (with or without magnet)	50.0	6.0
Iris and Ciliary Body		
Excision - Iridectomy, peripheral	50.0	4.0
Crystalline Lens		
Excision - Extraction of lens, intracapsular, extracapsular or linear, unilateral	80.0	8.0
Retina		
Repair - Reattachment of retina, electrocoagulation, scleral resection, buckling or partial tubing	100.0	7.0
Ocular Muscles		
Incision, Excision and Repair - Any type of muscles operation involving one or more muscles in one or both eyes done in one stage	60.0	4.0

11.0	9.0	125.0	150.0	Sub-occipital craniectomy for brain tumor
				tumor, abscess, or cyst, supratentorial
				Osteoplastic craniotomy for excision of brain
				Excision
CRANIOTOMY FOR NON-TRAUMATIC CAUSES				
9.0	9.0	100.0	75.0	Repair—Elevation of depressed skull fracture, simple
				Incision—Evacuation of hematoma, subdural,
				extradural, or intra-cerebral, requiring craniotomy
CRANIOTOMY FOLLOWING TRAUMA				
Skull, Meninges and Brain				
NERVOUS SYSTEM				
8.0		100.0		Excision—Excision of carotid body tumor with
				excision of carotid artery
Carotid Body				
5.0	5.0	40.0	50.0	Local excision of small cyst or adenoma of thyroid
				Total thyroid lobectomy, unilateral
				Thyroidectomy, total or complete
Excision				
Thyroid Gland				
ENDOCRINE SYSTEM				
4.0	4.0	60.0	55.0	Vaginal hysterectomy
				ovaries, one or both
				hysterectomy, with or without tubes, and/or
				Supracervical hysterectomy; subtotal
4.0		60.0		without tubes, and/or ovaries, one or both
3.0		15.0		Total hysterectomy (corpus and cervix) with or
				therapeutic (non-obstetrical)
				Dilatation and curettage, diagnostic and or
				Excision
Corpus Uteri				
3.0		20.0		Excision—Trachelectomy; cervicectomy; amputation
				of cervix (independent procedure)
Cervix Uteri				
4.0		45.0		Excision—Salpingo-oophorectomy, complete or
				partial, unilateral or bilateral (independent procedure)
Oviduct				
3.0	3.0	50.0	15.0	Repair—Combined anterior-posterior colporrhaphy
				pelvic abscess
Incision—Colpotomy with exploration or drainage of				
Vagina				

UNIT VALUES
 Anesthesia
 Unit Value or
 \$20 whichever
 is greater

Surgery

Procedures

UNIT VALUES
Anesthesia
Surgery
Unit Value or
\$20 whichever
is greater

Procedures

URINARY SYSTEM

Kidney

Incision

Nephrolithotomy, removal of calculus

80.0

5.0

Division or transection of aberrant renal vessels

70.0

5.0

Excision-Nephrectomy, including partial ureterectomy

80.0

5.0

Ureter

Incision—Ureterolithotomy, lower one quarter

80.0

5.0

Bladder

Excision

Cystectomy, partial

70.0

6.0

Excision of bladder tumor

60.0

5.0

Transurethral resection of bladder tumors, large

60.0

5.0

Introduction

Cystoscopy (independent procedure)

8.0

Included in Surgical
Value

MALE GENITAL SYSTEM

Penis

Excision

Circumcision

3.0

No Allowance

Clamp procedure

10.0

3.0

Surgical excision other than clamp or dorsal
slit, any age (except newborn)

20.0

3.0

Testis

Excision—Orchiectomy, simple unilateral

20.0

3.0

Tunica Vaginalis

Incision—Repair of hydrocele (Bottle type)

30.0

3.0

Spermatic Cord

Excision—Excision of hydrocele of spermatic cord,
unilateral (independent procedure)

80.0

5.0

Excision-Prostatectomy, suprapubic, one or two stages

80.0

5.0

Prostate

Endoscopy—Transurethral resection of prostate,
including control of post-operative bleeding, complete

7.0

3.0

FEMALE GENITAL SYSTEM

Vulva and Introitus

Excision—Excision or fulguration of urethral caruncle

3.0

17

Procedures

Suture	6.0	75.0	Gastrojejunostomy, with vagotomy	6.0
	6.0	100.0	Revision of gastroduodenal anastomosis (gastroduodenostomy) with reconstruction, with vagotomy	6.0
Intestines (Except Rectum)				
Excision			Excision of one or more lesions of small or large bowel not requiring anastomosis, exterrization or fistulization, single enterotomy, enterostomy	60.0
	4.0	60.0	Enterostomy; anastomosis	4.0
	5.0	60.0	Excision—Enterolysis (freeing of intestinal	5.0
	5.0	60.0	adhesion) with acute bowel obstruction	5.0
Appendix				
Excision—Appendectomy	4.0	40.0		4.0
Rectum				
Endoscopy (Independent procedure)	3.0	3.0	Initial	3.0
	3.0	5.0	With biopsy, initial	3.0
Anus				
Incision	3.0	40.0	Fistulotomy or fistulectomy, submuscular	3.0
	3.0	10.0	Incision and drainage of ischioanal abscess (independent procedure)	3.0
Excision	3.0	20.0	Fissurectomy, with or without sphincterotomy	3.0
	3.0	30.0	Hemorrhoidectomy, internal and external	3.0
Biliary Tract				
Excision—Cholecystectomy, with open exploration of common duct	5.0	70.0		5.0
Pancreas				
Repair—Marsupialization of cyst of pancreas	6.0	60.0		6.0
Abdomen, Peritoneum and Omentum				
Incision-Exploratory laparotomy; exploratory celiotomy	4.0	40.0		4.0
Repair				
Hernioplasty, herniorrhaphy, herniotomy	3.0	35.0		3.0
	3.0	45.0	Inguinal, unilateral	3.0
	3.0	45.0	Ventral, incisional	3.0
	3.0	30.0	Umbilical, under age 5 years	3.0

UNIT VALUES

Surgery

Anesthesia

Unit Value or \$20 whichever is greater

Procedures

UNIT VALUES
 Anesthesia
 Surgery
 Unit Value or
 \$20 whichever
 is greater

Ligation and division and complete stripping of
 long and short saphenous veins
 Unilateral 40.0
 Bilateral 60.0

HEMIC AND LYMPHATIC SYSTEMS

Spleen
 Excision—Splenectomy 60.0
 Lymph Nodes and Lymphatic Channels
 Excision—Radical Lymphadenectomy (radical
 resection of lymph nodes) 80.0
 Cervical (complete), unilateral 40.0

MEDIASTINUM

Incision—Mediastinotomy with exploration or
 drainage, cervical approach 40.0

DIGESTIVE SYSTEM

Teeth and Periodontium
 Drainage of alveolar abscess, acute with cellulitis,
 intraoral * 2.0
 ALL OTHER PROCEDURES ON TEETH AND
 PERIODONTIUM ARE EXCLUDED. 3.0

Salivary Glands and Ducts

Excision—Excision of parotid tumor or gland,
 superficial, with nerve dissection 60.0

Adenoids and Tonsils

Excision
 Tonsillectomy, with or without adenoidectomy
 Under age 18 years 15.0
 18 years or over 20.0

Esophagus

Excision
 Esophagectomy: resection of esophagus,
 transpleural or extrapleural (upper two—thirds
 Local excision, end-to-end anastomosis 120.0

Stomach

Incision—Pyloromyotomy: cutting of pyloric muscle
 (Fredet—Ramstedt type operation) 50.0
 Excision—Subtotal or hemi-gastrectomy with vagotomy 90.0

UNIT VALUES	Surgery	Anesthesia	Unit Value or \$20 whichever is greater
3.0	50.0	3.0	3.0
3.0	50.0	3.0	3.0
6.0	140.0	6.0	6.0
4.0	10.0	4.0	4.0
4.0	20.0	4.0	4.0
4.0	20.0	4.0	4.0
11.0+	100.0	11.0+	11.0+
CARDIOVASCULAR SYSTEM			
15.0	200.0	15.0	15.0
35.0	35.0	35.0	35.0
15.0	200.0	15.0	15.0
15.0	200.0	15.0	15.0
15.0	140.0	15.0	15.0
15.0	180.0	15.0	15.0
15.0	180.0	15.0	15.0
13.0	150.0	13.0	13.0
13.0	150.0	13.0	13.0
13.0	2.0	No allowance	13.0
100.0	100.0	100.0	100.0

Accessory Sinuses Incision
 Antrotomy, intranasal, radical (Caldwell - Luc), unilateral
 Combined external frontal, ethmoidal and sphenoidal sinusotomy, unilateral
 Larynx
 Excision - Laryngectomy, with neck dissection
 Endoscopy - Laryngoscopy, direct, diagnostic (independent procedure)
 Trachea and Bronchi
 Incision - Tracheotomy (independent procedure)
 Endoscopy - Bronchoscopy, diagnostic, with biopsy
 Excision - Lobectomy: total, subtotal or segmental
 Heart and Pericardium
 Excision - Excision of intracardiac tumor
 Introduction - Listed values include usual preassessment of clinical problem and recording of intracardiac pressures
 Catheterization of heart (independent procedure)
 Repair
 Right
 Left, trans-septal
 Aortic valve, valvuloplasty for stenosis or insufficiency (open)
 Mitral valve, valvotomy or commissurotomy (closed)
 Atrial septal defect (Secundum type; endocardial cushion defect) (open)
 Ventricular septal defect (open)
 Arteries and Veins
 Excision
 Thromboendarterectomy, abdominal aorta and iliac arteries and/or femoral arteries
 Excision and graft, abdominal aorta
 Introduction - Blood transfusion, indirect method
 Suture
 Ligation and division of ductus arteriosus

UNIT VALUES
 Surgery
 Anesthesia
 Unit Value or \$20 whichever is greater

Procedures

Procedures

UNIT VALUES
Surgery
Anesthesia
Unit Value or
\$20 whichever
is greater

3.0	25.0	Radius and ulna shaft
3.0	50.0	Simple, closed reduction
3.0	50.0	Simple or compound, open reduction
3.0	50.0	Lower Extremity
3.0	50.0	Femur, neck, intertrochanteric, simple or compound, open reduction
3.0	80.0	Ankle, bimalleolar (including Potts)
3.0	25.0	Simple, closed reduction
3.0	50.0	Simple or compound, open reduction

Joints

3.0	50.0	Arthroectomy—Excision of joint
3.0	50.0	Menisectomy: excision of semi-lunar cartilage of knee joint
3.0	50.0	Repair
3.0	50.0	Arthroplasty—Plastic or reconstructive operation on joint, any type unless otherwise specified
3.0	20.0	Metatarsal—phalangeal joint: bunion operation, Silver type
3.0	20.0	Arthrodesis—Fusion of joint
3.0	100.0	Hip
3.0	100.0	Dislocations
3.0	5.0	Shoulder (humerus), simple, closed reduction, with local anesthetic
3.0	5.0	* 5.0

General Anesthetic only

5.0	30.0	Tendons, Tendon Sheaths and Fascia
3.0	30.0	Excision—Excision of synovial cyst of popliteal space (Baker's cyst)
3.0	30.0	Repair
3.0	45.0	Repair or suture of a flexor tendon, primary or late
3.0	30.0	Finger, hand or forearm, foot or leg
3.0	45.0	Ruptured Achilles tendon from insertion at heel

RESPIRATORY SYSTEM

Nose

3.0	20.0	Excision
3.0	20.0	Excision of nasal polyp(s), one or more, unilateral or bilateral, one or more stages, complicated, requiring hospitalization
3.0	30.0	Submucous resection, classic, nasal septum

3.0	3.0	Simple, requiring manipulative reduction
3.0	50.0	Simple or compound, open reduction
4.0	30.0	Humeral, surgical neck
4.0	50.0	Upper Extremity
		Open reduction with or without wiring of teeth
		Closed reduction and wiring of teeth
		Mandible, simple or compound
		Facial Bones
		Unit Value for the open reduction.
		In such cases, the maximum allowance will be the
		two-week period following the closed reduction.
		reduction, if an open reduction is performed within
		its treatment. There will be no allowance for a closed
		reduction of a fracture during the first two weeks of
		Only a single allowance will be made for the
		FRACTURES
		Listed values include the application of first cast or
		traction device only. No allowance will be made for
		subsequent casts or tractions.
		Excision
		Biopsy of bone: radius, ulna, fibula, skull, sternum
3.0	10.0	
3.0	50.0	Patelectomy or hemi-patelectomy
7.0	100.0	Spinal fusion, thoracic region, interbody technique:
		anterior, lateral or posterior
		MUSCULOSKELETAL SYSTEM
		muscles and axillary lymph nodes
3.0	70.0	Radical mastectomy, including breast, pectoral
3.0	30.0	Complete mastectomy (simple)
3.0	15.0	Biopsy of breast
		Excision
		Breast
		Split skin graft, up to 16 square inches: trunk,
		scalp, arms, legs, hands and feet (except multiple
		digits)
3.0	25.0	Full thickness, free, up to 3 square inches,
		including direct closure of donor site:
		trunk
3.0	20.0	
		Repair - Simple
		Wounds, recent, up to 2 1/2 inches
3.0	* 2.0	Repair - Complex

Procedures

UNIT VALUES

Surgery

Anesthesia

Unit Value or \$20 whichever is greater

SURGICAL BENEFITS
(For you and your family members)

Benefits Payable

When an employee or family member undergoes a surgical operation listed in the following schedule of operations for treatment of a sickness, disease or accidental bodily injury, the surgical benefit will be paid equal to the charges actually made to the individual for surgical fees but not to exceed the amount determined by multiplying the rate per unit value (\$4.50) by the unit value specified for each operation listed in the schedule.

SCHEDULE OF OPERATIONS
RELATIVE VALUE SCHEDULE

UNIT VALUES		Procedures
Surgery	Anesthesia	
Unit Value or	Unit Value or	
\$20 whichever	\$20 whichever	
is greater	is greater	

INTEGUMENTARY SYSTEM

		Incision—Drainage of pilonidal cyst	2.0	*	3.0
		Excision and Simple Closure			
		Biopsy: excision of skin, subcutaneous tissue or mucous membrane for biopsy, including simple closure (independent procedure)	3.0		3.0
		Excision—including simple closure, of BENIGN lesions of skin, subcutaneous tissue or mucous membrane; one:			
		Lesion diameter up to 1/4 inch	4.0		3.0
		Lesion diameter 1/2 to 3/4 inch	6.0		3.0
		Excision—including simple closure, or treatment by any other method (except radiation) of MALIGNANT lesions of skin or mucous membrane (except melanoma) —local anesthetic included	10.0		3.0
		Excision of nail or nail matrix, partial or complete			

General Anesthesia only

If you desire to continue your hospitalization coverage while on study leave in the United States, please contact the Personnel Division for details on coverages and cost.

BASIC HOSPITAL BENEFITS (For you and your family members)

Hospital Room and Board

When hospital confinement is due to any reason except pregnancy, you and your family members will be reimbursed up to the rate of \$14.00 per day for hospital charges for room and board up to a maximum payment of \$434.00 (31 days).

Miscellaneous Hospital Expenses

Payment up to a maximum of \$200.00 will be made for hospital charges for necessary services and supplies, including such items as surgical room, laboratory procedures, X-ray examinations, drugs and dressings. The cost of ambulance service will be included regardless of whether the charge is made by the hospital or an ambulance company.

Maternity and Obstetrical Benefits

When hospital confinement is due to pregnancy, payment up to \$180.00 will be made for hospital charges for room and board and necessary services and supplies, including obstetrical costs, incurred during all confinements due to any one pregnancy. If pregnancy terminates in a Caesarean section, payment will not exceed \$320.00. If pregnancy terminates in miscarriage or abortion, payment shall not exceed \$90.00.

Wives of employees are entitled to these maternity and obstetrical benefits provided the pregnancy begins while they are insured.

Female employees are entitled to these maternity and obstetrical benefits only if they have been insured for family member benefits for at least 9 months.

HOSPITALIZATION AND MAJOR MEDICAL INSURANCE

PART II

Schedule of Benefits

Hospital Expense Benefit	Maximum Daily Room and Board	31 days	\$ 14.00
	Maximum Payment Period		
	Miscellaneous Expense Benefit		\$200.00
Surgical Expense Benefit	Dollar Value per Unit		\$ 4.50
Maternity—Obstetrical Expense Benefit	Miscarriage or Abortion		\$ 90.00
	Normal delivery benefit		\$180.00
	Caesarean delivery benefit		\$320.00
Physician's Expense Benefit while in Hospital	Maximum Daily Benefit	31 days	\$ 3.00
	Maximum Payment Period		
Diagnostic Laboratory and X-Ray Expense Benefit	Maximum Benefit per year		\$ 40.00
Emergency Medical Expense Benefit	Maximum Benefit		\$ 15.00
Major Medical Expense Benefit	Maximum Benefit		\$5000.00
	Maximum Daily Room and Board limit		
	if medically justified		\$ 20.00
	Coinsurance Factor	80 %	
	Cash Deductible		\$ 30.00

**Conversion Privilege
(Employees Only)**

If your insurance terminates because of termination of employment with your employer or because of termination of membership in an eligible class, you will be entitled to convert your life insurance to an individual policy of life insurance then customarily issued by the Boston Mutual Life Insurance Company except a policy of term insurance. You must make application for conversion and pay the required premium within 31 days of termination of employment.
The premium will be at your attained age and according to the class of risk to which you then belong. No medical examination is required.

Additional Death Benefit

Should you die during the 31 days allowed for conversion, the amount of terminated insurance will be payable whether or not you have made written application for conversion.

SUPPLEMENTAL LIFE INSURANCE BENEFITS EMPLOYEES, SPOUSES AND DEPENDENTS

GENERAL PROVISIONS

Eligibility

All employees who are insured under the Basic Life Plan are eligible to participate in the Supplemental Plan. Employees may supplement their basic insurance by applying for a minimum of \$10,000 or a maximum of \$30,000 of insurance with the Boston Mutual Life Insurance Company. Applications for such insurance can be obtained from the Personnel Division.

Spouses and dependent children are eligible for life insurance provided that the employee is participating in the Supplemental Life Insurance mentioned immediately above. All applications for this insurance may also be obtained from the Personnel Division.

Please note employees who did enroll in the Supplemental Life Plan do not have to enroll their spouse or dependent children unless they so desire.

Benefits

In the event of your death, your spouse's death or dependent children's death, the amount of insurance as shown in the preceding schedule will be paid in a lump sum or in equal monthly installments. The beneficiary may be changed whenever you wish.

Extension of Insurance if Disabled (Employees Only)

If, while insured under the Supplemental Life Insurance Plan and before you reach the age of 60, you should become totally disabled and remain so disabled, your insurance will remain in force (without any premiums being paid on your behalf) during the continuance of your total disability, provided you submit the required proof of disability and its continuance.

- 1. Any loss unless occurring within ninety days after the date of the accident causing such loss;
- 2. Any loss unless the accident causing such loss occurred while the individual was insured hereunder; or
- 3. Any loss caused directly or indirectly, wholly or partly, or contributed to substantially by:
 - a) bodily or mental infirmity, sickness or diseases, or medical or surgical treatment;
 - b) ptomaines;
 - c) bacterial infections (except pyogenic infections which shall occur through an accidental cut or wound);
 - d) military, naval or air service or state of war or any act of war, declared or undeclared, whether or not the individual is in military, naval or air service;
 - e) suicide or attempt thereat; or
 - f) participation in aeronautic operations or activities except as a passenger on a properly licensed aircraft and as a passenger of a Government owned and operated aircraft.

No benefits shall be paid for:

Exceptions

Indemnity for loss of life is payable to the beneficiary named by you, if living, otherwise to your estate. All other indemnities are payable to you.

Loss of a hand or foot means the dismemberment by severance through or above the wrist or ankle joint. Loss of an eye means the entire and irrevocable loss of sight of the eye.

<p>For Loss of:</p> <p>Life</p> <p>A hand</p> <p>A foot</p> <p>An eye</p> <p>More than one of the above</p> <p>resulting from one accident</p>	<p>Maximum Benefit</p> <p>One-half the Maximum Benefit</p> <p>One-Half the Maximum Benefit</p> <p>One-Half the Maximum Benefit</p> <p>Maximum Benefit</p>
---	---

TABLE OF BENEFITS

If you suffer the loss of life, sight or limb as a result of accidental bodily injuries, and such loss occurs within 90 days after such injuries were sustained, a benefit will be paid as shown in the Plan of Insurance, in addition to the basic life insurance outlined on Page 4, subject to the following:

**ACCIDENTAL DEATH, DISMEMBERMENT
AND LOSS OF SIGHT
BENEFITS FOR EMPLOYEES**

Should you die during the 31 days allowed for conversion, the amount of terminated insurance will be payable whether or not you have made written application for conversion.

Additional Death Benefit

The premium will be at your attained age and according to the class of risk to which you then belong. No medical examination is required.

If your insurance terminates because of termination of employment with your employer or because of termination of membership in an eligible class, you will be entitled to convert your life insurance to an individual policy of life insurance then customarily issued by the Insurance Company of North America except a policy of term insurance. You must make application for conversion and pay the required premium within 31 days of termination of employment.

Conversion Privilege

If, while insured under the Group Life Insurance Policy and before you reach the age of 60, you should become totally disabled and remain so disabled, your insurance will remain in force (without any premiums being paid on your behalf) during the continuance of your total disability, provided you submit the required proof of disability and its continuance.

Extension of Insurance if Disabled

In the event of your death from any cause, the amount of your insurance, as shown in the Plan of Insurance, will be paid in a lump sum or in equal monthly installments, if elected by you, to the beneficiary last named by you, and recorded. The beneficiary may be changed whenever you wish.

Benefits

Insured employees will receive certificates setting forth the policy provisions and benefits applicable to them.

Certificates

When a claim arises, IICA should be notified as soon as possible so that arrangements may be made to pay benefits which may be due. Full instructions on completing claims are outlined in Section VII.

Notice of Claim

You will be insured for these benefits on the date you are employed. If you pass from one class to another due to a change in your basic annual earnings, the amount and cost of your life insurance will be adjusted on the date of such change provided you are then in active service, otherwise on the date you return to work.

When you are Insured

You will be eligible for the life insurance and accidental death benefits described in this section if you are an active full-time international professional employee.

Eligibility

GENERAL PROVISIONS

(Employees only)

BASIC LIFE INSURANCE BENEFIT

PART I

LIFE INSURANCE
ACCIDENTAL DEATH INSURANCE

Life Insurance Benefits (amount of Insurance*)
An amount equal to two times annual earnings rounded to the next highest multiple of \$1,000. Maximum coverage provided - \$50,000.

Accidental Death, Dismemberment and Loss of Sight Benefits (maximum benefit*)
An amount equal to two times annual earnings rounded to the next highest multiple of \$1,000. Maximum coverage provided - \$50,000.

Supplemental Employee Life Insurance Benefits
\$10,000 minimum; \$30,000 maximum

Supplemental Employee Accidental Death, Dismemberment and Loss of Sight Benefits
\$10,000 minimum; \$30,000 maximum.

Dependent Life Insurance
Spouse: \$2,000
Each child: \$1,000

* The Amount of Insurance and the Maximum Benefit applicable to an employee who has reached his 65th birthday on or prior to the effective date of his insurance shall be one-half the Amount of Insurance and Maximum Benefit otherwise applicable, and the Amount of Insurance and Maximum Benefit applicable to an employee who has not yet reached his 65th birthday on said effective date shall be reduced to one-half on the July 1st coincident with or next following the date on which he reaches his 65th birthday.

Termination of Insurance

Your insurance terminates on the last day of the month following the month in which employment is terminated. IICA does this in order to provide a reasonable period for readjustment.

If termination of the insurance plan is due to employee's death, the Hospitalization and Major Medical benefits as well as the automobile insurance coverage may be prolonged, at the expense of the beneficiaries, to the end of IICA's fiscal year (June 30) or for six months after death, whichever is the longest. This period of adjustment is allowed in order to alleviate the shock produced on family affairs by the employee's death.

GENERAL PROVISIONS

Eligibility

You and your family members are eligible to participate in this plan upon employment by the Institute. If you should be absent on the day your insurance would normally become effective, you and your family members will be eligible on the day you take up your duties.

Family member benefits are available to a male employee, his wife and unmarried children over 14 days and up to the age of 19 years of age or 25 years of age if in an accredited college and dependent upon the parent.

Family benefits are available to a female employee provided she is widowed or divorced and responsible for the support of her dependent children, as defined above. A married female employee can be covered as an individual but no coverage is provided for husband or dependent children.

Major Medical benefits are available to all eligible children from birth to 19 years of age or 25 years of age, as noted above.

No Medical Examination

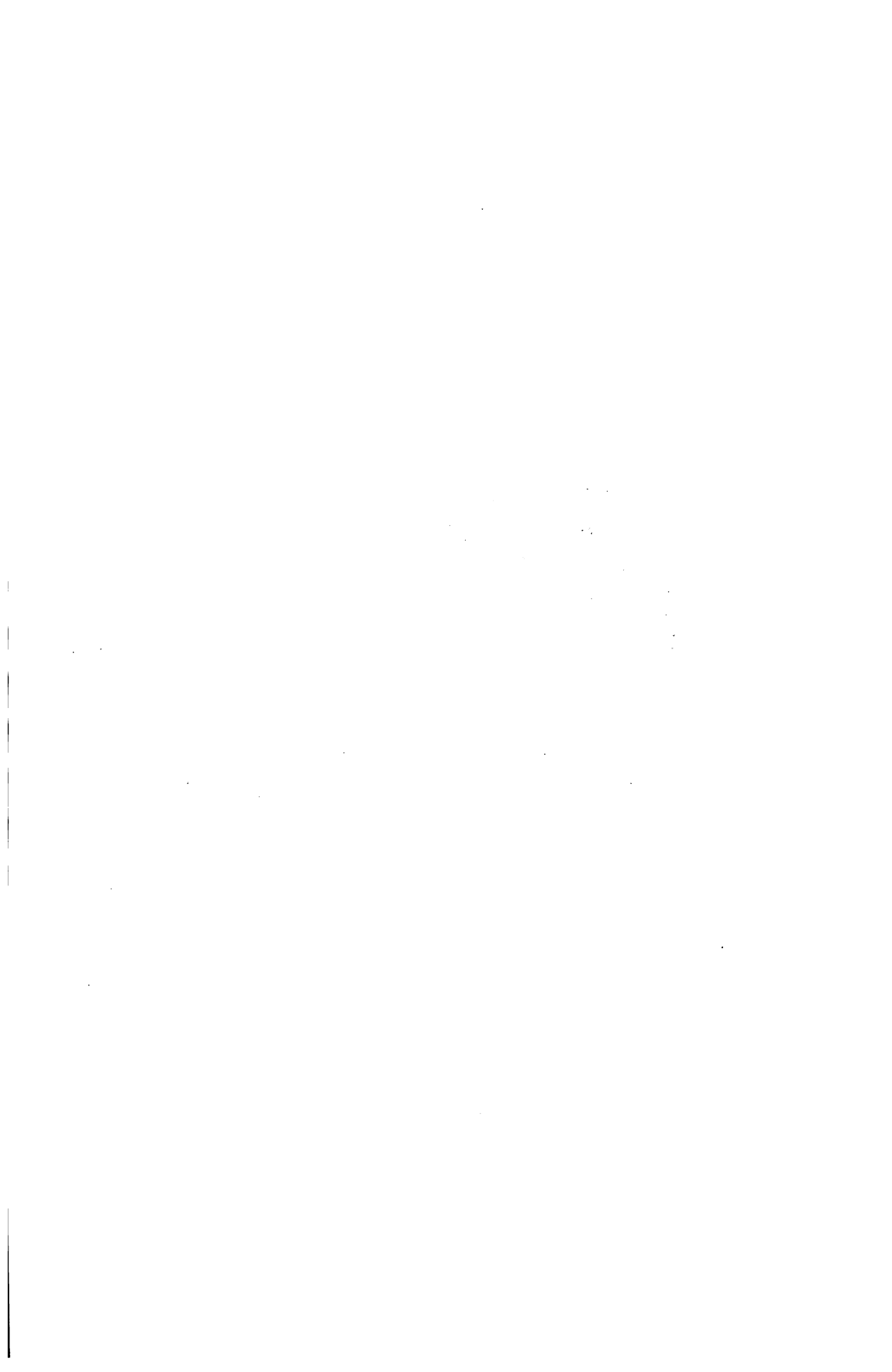
No medical examination will be required if you enroll for benefits not later than 30 days after you become eligible. If you enroll after that time, you will be required to submit evidence of insurability for yourself and your family members before the insurance can be issued.

Adding Family Benefits

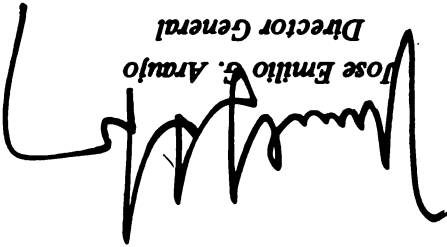
If you do not have a family member, you will be eligible for family benefits on the day you acquire your first family member. No medical examination will be required if you enroll for family benefits within 30 days after acquiring your family member.

Certificate

When you become insured, you will receive certificates issued by the insurance companies.



San Jose, Costa Rica

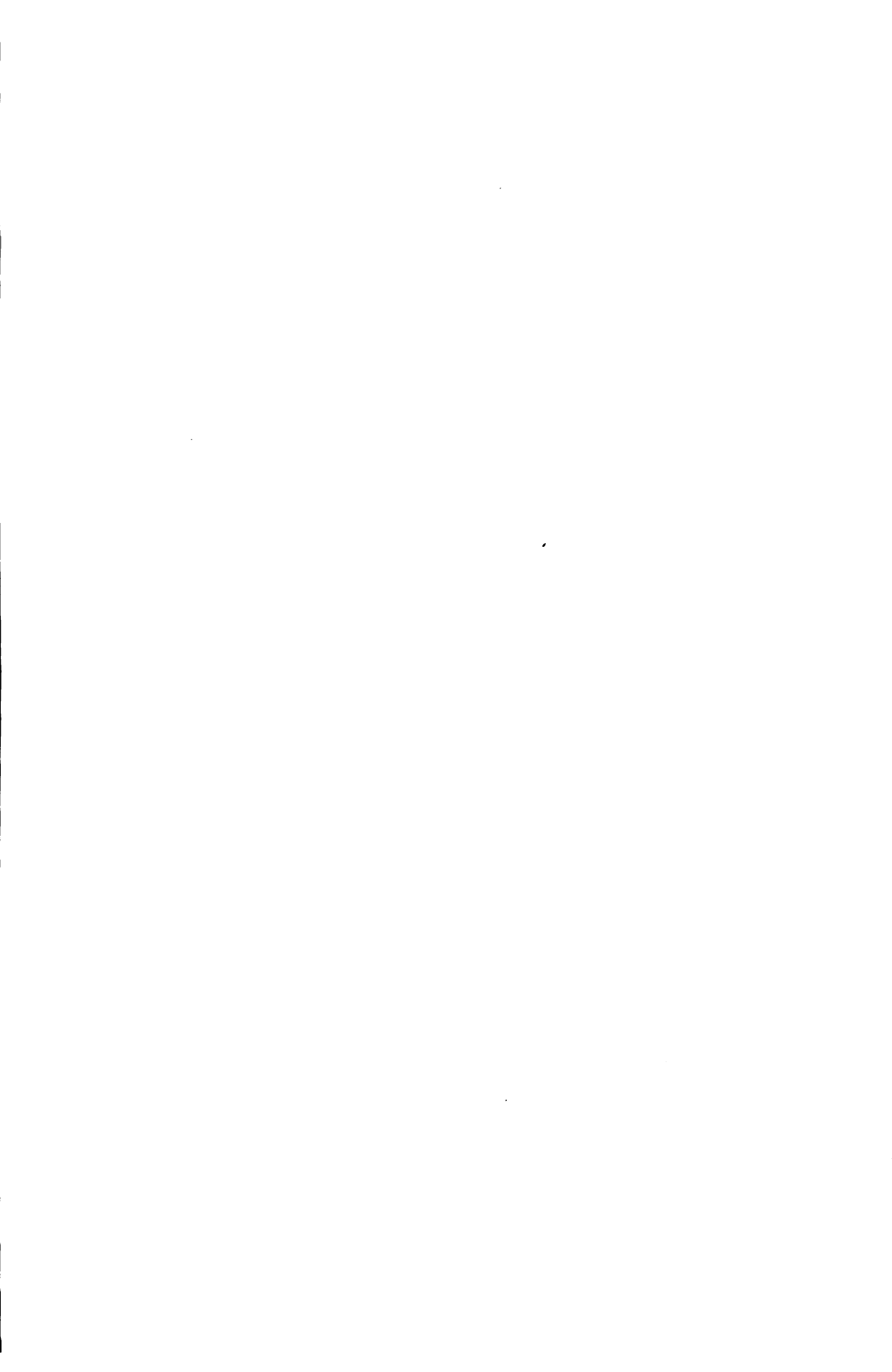


José Emilio G. Araya
Director General

Sincerely,

It is a pleasure to present to you this booklet explaining IICA's Insurance Plan, which provides benefits for both you and your family members. We realize the large expenses resulting from serious illness, premature deaths and accidental injuries cannot readily be met through the family budget. It is, therefore, with this in mind that we have made available to our staff members a total insurance package for their benefit. The pages which follow contain a brief description of each plan.

To Our Staff Members:



**FOLLETO EXPLICATIVO DE LOS BENEFICIOS DEL
PLAN DE SEGURO COLECTIVO DEL IICA**

En este folleto hemos tratado de explicar en la forma más clara y breve posible, los beneficios a que los asegurados tienen derecho bajo el Plan de Seguro Colectivo. Todos los términos del Plan están expuestos en detalle en las pólizas las cuales deben ser consultadas para la interpretación definitiva de cualquier disposición explicada en este folleto o en los certificados de las pólizas. Cada sede de trabajo mantiene en sus archivos copias de dichas pólizas.

Compañías de Seguros Participantes

The Insurance Company of North America (INA)

Seguro de Vida

Seguro de Hospitalización y Protección contra Gastos Médicos de

Mayor Cuantía

The Continental Casualty Company of Chicago

Seguro contra Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la

Vista

Boston Mutual Life Insurance Company

Seguro de Vida Suplementario y para Dependientes

Seguro contra Incapacidad Prolongada

American International Underwriters (AIU)

Seguro para Automóviles

Inter-American Assurance Company

Seguro para Equipaje

**Agente Asegurador
WRIGHT INTERNATIONAL CORP.
Washington, D. C.**



33	PART IV	LONG TERM DISABILITY INSURANCE
33		Eligibility
33		Coverage
33		Benefits
33		Definition of Disability
34		Exclusions
34		Termination
35	PART V	AUTOMOBILE INSURANCE
35		Private Owned Automobiles
35		Liability Benefits
35		Collision and Comprehensive
37	PART VI	BAGGAGE INSURANCE
39	PART VII	CLAIMS
39		Medical Claims
39		Medical Claims not requiring hospitalization
39		Medical treatment requiring hospitalization
40		Assignment of benefits
40		Death Claims
40		Disability Claims
40		Accident Claims
41		Automobile Claims
43	APPENDIX	CLAIMS FORMS
43		Form No. 1
45		Form No. 2
47		Form No. 3
49		Form No. 4
51		Form No. 5
53		Form No. 6
55		Form No. 7

31	Schedule of Operations – Relative Value Schedule
11	Integumentary System
12	Musculoskeletal System
12	Fractures
12	Respiratory System
13	Cardiovascular System
14	Hemic and Lymphatic Systems
15	Mediastinum
15	Digestive System
17	Urinary System
17	Male Genital System
17	Female Genital System
18	Endocrine System
18	Nervous System
19	Eye
20	Ear
21	Doctor's Services During Hospital Confinement
21	Benefits Payable
21	Benefits following cancellation
21	Limitations
22	Diagnostic X-Ray and Laboratory Benefits
22	Benefits payable
22	Benefits following cancellation
22	Limitations
22	Exclusions
23	Emergency Medical Expense Benefit
23	Hospital and Surgical Benefits – General Provisions
23	When benefits begin
23	Successive confinements or operations
24	Benefits following cancellation
24	Limitations – Basic coverage
24	Major Medical Benefits
24	Benefits payable
24	Maximum amount payable
24	Reinstatement of maximum benefit
25	Benefit period
25	Subsequent benefit periods
25	Disability defined
26	Mental illness
26	Covered expenses
27	Expenses not covered
27	Benefits following cancellation
28	Pre-existing conditions
28	How your Major Medical Plan Works
31	PART III
31	GROUP ACCIDENTAL DEATH, DISMEMBERMENT AND PERMANENT
31	TOTAL DISABILITY
31	Coverage
31	Benefits
32	Exclusions
32	Termination



INDEX

v	DESCRIPTION OF AVAILABLE BENEFITS UNDER IICAS GROUP INSURANCE PLAN
vii	TO OUR STAFF MEMBERS
i	GENERAL PROVISIONS
i	Eligibility
i	No medical examination
i	Adding family benefits
i	Certificate
2	Termination of insurance
3	PART I
3	LIFE INSURANCE ACCIDENTAL DEATH INSURANCE
4	Basic Life Insurance Benefit – General Provisions
4	Eligibility
4	When you are insured
4	Notice of claim
4	Certificates
4	Benefits
5	Extension of insurance of disabled
5	Conversion privilege
5	Additional death benefit
5	Accidental Death, Dismemberment and Loss of Sight
5	Benefits for employees
6	Table of benefits
6	Exclusions
7	Supplemental Life Insurance Benefits – Employees, Spouses and Dependents – General Provisions
7	Eligibility
7	Benefits
7	Extension of insurance of disabled
8	Conversion privilege
8	Additional death benefit
9	PART II
9	HOSPITALIZATION AND MAJOR MEDICAL INSURANCE
9	Schedule of Benefits
10	Basic Hospital Benefits
10	Hospital room and board
10	Miscellaneous hospital expenses
10	Maternity and obstetrical benefit
11	Surgical Benefits
11	Benefits payable



FECHA DE DEVOLUCION

GROUP INSURANCE PLAN

our use as a convenient reference. It is not a contract.
the terms and conditions of the different benefits are on
Executive Offices, San Jose, Costa Rica.

For information regarding the Insurance Plan of IICA, contact the
of administering the Plan in your office, who will furnish it.

JULY 1973

IICTA



GROUP INSURANCE PLAN