

CONDICIONES GENERALES

2102 - ADITAMENTO DE SEGURO COLECTIVO DE ASISTENCIA MÉDICA

Emitida Por "MAPFRE SEGUROS HONDURAS, S.A." (Denominada aquí la Compañía de seguros).

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS acuerda por este medio que las siguientes estipulaciones, según modificadas o definidas bajo el adjunto Especificaciones del Aditamento de Seguro Colectivo de Asistencia Médica, referido aquí como "Especificaciones del Aditamento, formará parte de la póliza.

Cláusula 1 BENEFICIOS

La Compañía de Seguros reembolsará los necesarios, razonables y acostumbrados gastos médicos incurridos por los Asegurados por las clases de cuidados aquí descritos durante la continuación del Aditamento, sujetos a las disposiciones manifestadas en el Aditamento. Sin embargo, los beneficios estipulados en la Fecha Efectiva del Aditamento son sólo aquellos por los cuales la cantidad de beneficios se muestra en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento. CUALQUIER BENEFICIO POR EL CUAL NO APAREZCA CANTIDAD ALGUNA EN LAS ESPECIFICACIONES DEL ADITAMENTO NO ESTARA EN VIGOR CON FECHA DE LA FECHA DEL ADITAMENTO.

Cláusula 2 COBERTURA DE SEGURO



De acuerdo con las estipulaciones de la Cláusula 9 de la Póliza - Estipulaciones Generales, la cobertura de seguro aplicable a cada Empleado asegurado, se indicará en (c) cobertura de seguro - Especificaciones del Aditamento.

Cláusula 3 DEFINICIONES

"Asegurado" se considera se refiere a:

- 1.- Un Empleado que está asegurado bajo los términos y estipulaciones de este Aditamento, y;
- 2.- A un Dependiente asegurado, si los Dependientes de tales Empleados son elegibles bajo los términos de este Aditamento.

"Médico" significa solamente un doctor o cirujano que es doctor en medicina graduado de una universidad acreditada como tal, colegiado en el Colegio Medico de Honduras y autorizado legalmente para practicar la medicina y calificado para rendir el tratamiento estipulado. No se reconocerán los honorarios de médicos familiares de los pacientes asegurados nuestros. En el caso de médicos que tengan el mismo apellido que el asegurado, el mismo deberá presentar una constancia en la cual demuestra que no hay ningún tipo de relación sanguínea o política.

GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Se entenderán como tales aquellos cuyo monto o valor han sido fijados entre los prestadores de servicios médicos y la Compañía en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones y equipos hospitalarios respectivos y a las circunstancias de tiempo.

lugar y costo de utilización, siendo éstos gastos el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, bajo los que se rige la presente Póliza.

Por lo tanto, el monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza, no podrá exceder, para Médicos y Hospitales con los que no se tenga convenio, del que corresponda para servicios médicos y hospitalarios de acuerdo al párrafo anterior.

"Incapacidad" significa una enfermedad que necesita tratamiento médico por un médico autorizado. Todos los desordenes corporales que existan simultáneamente los cuales sean debido a la misma o a causas relacionadas, serán considerados una incapacidad. Si una incapacidad es debida a la misma o a causas relacionadas, a una incapacidad anterior (incluyendo las complicaciones derivadas de ahí) esa incapacidad será considerada una continuación de la incapacidad anterior y no una incapacidad separada. Sin embargo, para casos que requieran reclusión en el hospital, después de los 90 días siguientes a la última salida del hospital, la siguiente reclusión en el hospital debido a la misma causa, será considerada una nueva incapacidad se establece después que ha transcurrido un período de 90 días siguientes al día en el cual el ultimo gasto incurrido fue reembolsado, a menos que los gastos no se reembolsen porque el beneficio máximo se ha agotado.

"Hospital" significa únicamente una institución autorizada como hospital (si se requiere autorización), y operada para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, equipada con un quirófano o sala de operaciones, cuya institución proporciona asistencia de enfermeras las 24 horas y tiene facilidades para ambos, diagnósticos y cirugía mayor, excepto en el caso de un hospital dedicado especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas. El término hospital no se interpretará como o incluirá clínicas, hoteles, asilos, sanatorios particulares, casas para convalecientes, lugares para vigilancia, asilos para ancianos, o establecimientos usados principalmente para la reclusión o tratamiento de adictos a drogas, o alcohólicos.

"Reclusión en un Hospital" significa una persona que esta registrada como paciente en un hospital (según se define anteriormente) e incurre en un gasto diario de cuarto y comida.

"Operación Quirúrgica" Significa únicamente lo siguiente: (1) una operación incisiva; (2) sutura de una herida; (3) tratamiento de una fractura; (4) sujeción de una dislocación; (5) radioterapia (excluyendo isótopo de terapia radioactiva) si es usado en lugar de una operación incisiva para la remoción de un tumor; (6) electro cauterización; (7) diagnóstico y procedimientos terapéuticos y endoscópicos; 8) tratamiento de inyecciones para las hemorroides y venas varicosas.

"Hospital Participante" o "Médico participante" significa un hospital, o médico que tiene contrato con La Compañía e incluido en la red de proveedores, para proporcionar un tratamiento por el cual un beneficio puede ser pagador bajo este aditamento. Donde una lista limitando los hospitales y médicos participantes está en uso.

1.- Dicha lista será proporcionada por la Compañía de Seguros, pero puede ser modificada de acuerdo a la conveniencia de La Compañía.

2.- Una declaración en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, o un Endoso a la Póliza, puede negar o reducir los benéficos pagaderos en caso de un tratamiento suministrado por un médico u hospital no participante.

"Medicinas" significan drogas dispensadas por una droguería legalmente autorizada y comercializadas a través de una FARMACIA legalmente establecida y autorizada como tal.

"Ambulancia" significa vehículo de urgencia equipado para suministrar atenciones de primeros auxilios que se emplea para el transporte de los pacientes a un centro médico en casos de accidente, traumatismos o enfermedad súbita y grave.

Cláusula 4 COBERTURA DE DEPENDIENTES

Elegibilidad de Dependientes

El término "Dependiente" se referirá únicamente a:

1.- El Esposo o la Esposa legal de un Empleado, (excluyendo aquellos legalmente separados), o la persona viviendo con un Empleado en una condición reconocida de marido y mujer, que esté registrada como tal en los archivos del Patrono; y

2.- Los hijos solteros y reconocidos legalmente de un Empleado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que están dentro de los límites de edad indicados en (f) Elegibilidad de Dependientes - Especificaciones del Aditamento, viviendo en el hogar del Empleado y teniendo la misma residencia permanente del Empleado, o ausentes de allí únicamente para asistir a la escuela. Dichos hijos deben depender del Empleado para su sostenimiento y estar registrados como Dependientes el Empleado en los archivos del patrono.

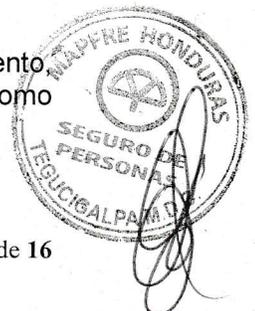
En caso que el límite de edad indicado en (f) Elegibilidad de Dependientes - Especificaciones del Aditamento, sea más de diecinueve años, dichos hijos mayores de diecinueve años de edad, sólo serán elegibles si tienen la misma residencia permanente que el empleado, y son estudiantes a tiempo completo en jornada diurna en un colegio acreditado o universidad.

Si alguna persona definida como Dependiente, es también elegible para participar como Empleado bajo este Aditamento, dicha persona no será elegible como Dependiente bajo el presente. Cuando ambos, esposo y esposa viviendo bajo el mismo techo estén asegurados como empleados, los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

Dependientes - Fecha de Asegurados.

Cualquier Empleado que tenga Dependientes será elegible para el Seguro de Dependientes, en la fecha en que el Empleado sea asegurado bajo este Aditamento, o en el día en que el Empleado por primera vez adquiere dicho Dependiente, cualquiera que sea posterior.

A.- Cuando la estipulación (a) Bases del Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipula que el seguro es no - Contributorio, los Dependientes serán asegurados como sigue:



(I) Si el empleado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, el Seguro para dichos Dependientes será efectivo en esa fecha;

(II) Si el Empleado adquiere uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, dichos Dependientes serán asegurados automáticamente y a partir de la fecha que se convierten en dependientes del Empleado.

B.- Cuando la estipulación (a) Bases de Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipula que el seguro es contributivo, el seguro para los Dependientes de un empleado que solicite el Contratante por escrito, se deberá hacer para dichos Dependientes en un modelo aprobado por la Compañía de Seguros y exigiendo hacer la requerida contribución, será efectivo como sigue:

(I) Si el Empleado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, el seguro para dichos Dependientes será efectivo en esa fecha.

(II) Si el Empleado adquiere uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su seguro como Empleado bajo este Aditamento, tales Dependientes serán asegurados en la fecha en que él hace solicitud por escrito y pago de cualquier aumento de contribuciones requeridas; debido a un cambio resultante en la categoría de inscripción. Sin embargo, si dicha solicitud por escrito es hecha después de 31 días en que el Empleado adquirió tales Dependientes, debe mostrarse prueba de buena salud de dichos Dependientes. Si dicha prueba es suministrada, los Dependientes serán asegurados en la fecha comunicada por la Compañía de Seguros.

(III) Si el Empleado solicita participar después del fin del período de 31 días, inmediatamente siguiente al primer día en que sea elegible y esté trabajando activamente a tiempo completo, o si es hecha después, previa terminación del seguro por falta de hacer alguna contribución requerida, el Empleado tiene que mostrar prueba satisfactoria de buena salud a la Compañía de Seguros por cada Dependiente que entonces tiene, antes que tales Dependientes sean asegurados. Si dicha prueba es remitida por cualquier Dependiente individual, tal Dependiente será asegurado en la fecha comunicada por la Compañía de Seguros.

Dependientes - Terminación del Seguro Individual

El seguro de un Dependiente bajo este Aditamento terminará automáticamente, (1) si se termina el seguro del Empleado como Empleado bajo este Aditamento; (2) si el Dependiente asegurado cesa de ser elegible como Dependiente; (3) si se termina este Aditamento, o (4) si el Empleado deja de hacer cuando venza, alguna contribución requerida.

Cláusula 5 EXTENSIONES DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones de la Cláusula 11 de la póliza - Estipulaciones Generales y la Cláusula 4 de este Aditamento, los beneficios bajo el presente continuarán siendo pagaderos, siempre que este Aditamento esté todavía en vigor al momento en que dichos gastos de hospital fueron incurridos respecto a una incapacidad la cual dé por resultado una reclusión en un hospital, por el tiempo que dure dicha reclusión, cuya incapacidad

esté en progreso en la fecha de terminación del seguro del individuo. Sin embargo, en ningún caso dichos beneficios serán pagaderos por gastos incurridos después del fin del mes siguiente al mes en que la terminación del seguro del individuo normalmente ocurriría.

Cláusula 6 ATENCIONES EN EL EXTRANJERO

Los Gastos Médicos Hospitalarios incurridos en el extranjero fuera de Honduras, se reembolsarán cuando el Asegurado o Dependiente haya sido remitido por el Médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior por no poderse llevar a cabo dentro del país, el cual deberá ser autorizado por MAPFRE SEGUROS HONDURAS.

En caso de realizar el tratamiento sin la debida autorización y posterior al viaje se presente el reclamo se tomara como improcedente y de ser declarado procedente por la Compañía el porcentaje de reembolso será del 50%.

Cláusula 7 COORDINACION DE BENEFICIOS

Si un asegurado o dependiente tiene contratado con otra u otras instituciones en todo o en parte, coberturas de la misma naturaleza que ampara el presente contrato y que cubran el mismo riesgo, tomados en la misma fecha, antes o después del presente contrato, el asegurado está obligado a declararlo inmediatamente por escrito a la compañía expresando el nombre de los Asegurados y las sumas aseguradas.

La anterior información debe anotarse en el contrato o en anexo al mismo. La omisión de la información a que se refiere esta cláusula se considera dolosa y en tal consecuencia, el asegurado no tendrá derecho a indemnización alguna proveniente de este contrato.

De confirmar que el Asegurado al momento de iniciar la cobertura de esta póliza, goza de beneficios de plan médico con otra(s) compañía(s), este plan le deberá cubrir en su totalidad los gastos elegibles por servicios médicos prestados conforme a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de esa póliza en su calidad de pagador primario y Mapfre pagará beneficios reducidos como pagador secundario. Cuando este plan es el pagador secundario, la coordinación de Beneficios permite que el asegurado pueda tramitar para reembolso el copago y los gastos no cubiertos por haber agotado la cobertura en el plan primario, aplicando a estos gastos el deducible y el coaseguro conforme a lo estipulado en el cuadro de Beneficios de la póliza.

No se hará coordinación alguna del deducible aplicado en el plan primario salvo convenio expreso de las partes.

Si un asegurado bajo esta póliza, está cubierto también bajo otro plan emitido por MAPFRE, e incurre en gastos elegibles en ambas pólizas, se aplica lo mencionado en el párrafo anterior

Cláusula 8 RECUPERACION DE CARNET

Queda entendido y convenido que el contratante de esta póliza, se compromete a controlar el buen manejo que sus colaboradores y dependientes hagan de los carnets de Seguro Médico Hospitalario, así mismo colaborar con la Compañía de Seguros en la recuperación de aquellos valores al crédito que generados a través de los hospitales de



nuestra red tales como: deducible, coaseguro, gastos o excesos no cubiertos en la póliza. Y a la vez recuperar el carnet de Seguro Médico de los empleados en el caso de que dejen de laborar para dicha empresa.

Asimismo y en caso de que un empleado deje de formar parte del grupo asegurado y haga uso de la red de proveedores, el contratante, se hará responsable ante la compañía de seguros al pago de cualquier gasto medico realizado después de su cancelación como asegurado en la compañía

Cláusula 9 EXCLUSIONES

Este Aditamento no asegura y no se pagarán beneficios por, o causas de:

- 1.- Lesión infligida a sí mismo mientras esté en uso o no de sus facultades mentales, tratamiento de alcoholismo crónico, adictos a drogas, alergia o desórdenes mentales o nerviosos;
- 2.- Lesión o enfermedad causada por insurrección o guerra, declarada o no, o a consecuencia de motín, huelga o conmoción civil;
- 3.- Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento;
- 4.- Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto bajo el Aditamento; y sea una cirugía reconstructiva.

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que cause lesiones corporales al asegurado por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura de la póliza.

No se considera Accidente las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado, ni aquellos cuyas primeras complicaciones o gastos ocurran después de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se considerarán como un solo evento.

- 5.- Exámenes dentales, de rayos X, extracciones, empastes y tratamientos dentales en general.
- 6.- Reemplazo o ajuste de espejuelos o aparatos auditivos. Anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicas o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco se cubre queratomía radiada, queratomielusis y epiqueratofuía.
- 7.- Exámenes y consultas médicas para los efectos de chequeos rutinarios, no inherentes a o necesarios para el diagnóstico de una enfermedad o lesión corporal accidental, exámenes generales de salud;
- 8.- Otro transporte que no sea el servicio local autorizado de ambulancia;

9.- Cualquier incapacidad que se originó antes de la fecha efectiva de cobertura del Asegurado, tenga o no-conocimiento del mismo; sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de un año de cobertura continua bajo este Aditamento sin que se hayan incurrido en gastos médicos por esa incapacidad;

10.- Embarazo incluyendo el resultado de parto, malparto o aborto excepto según se estipula en la cláusula Beneficios de Maternidad y (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento;

Si ninguna cantidad de seguro aparece bajo (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, con respecto a la Cláusula Beneficios de Maternidad, entonces, no se pagarán beneficios a causa de embarazo.

11.- Maternidad para hijas dependientes

12.- Tratamientos y medicamentos por enfermedades psicológicas tales como depresión, esquizofrenia, stress, trastornos alimenticios etc. Estos serán cubiertos únicamente en caso de requerir hospitalizaciones mayores a 24 horas.

13.- Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de cobertura de un Asegurado bajo el presente.

14.- Malformaciones y padecimientos congénitos. Excepto en el caso de aquellos niños que nazcan dentro de la cobertura de la póliza, siempre y cuando la madre se haya sometido al período de espera establecido para iniciar el embarazo y paguen la cobertura de maternidad.

15.- Control de niño sano, incluyendo las vacunas de los dependientes y vitaminas de cualquier tipo. Excepto en los casos que esté definido como una cobertura adicional en las condiciones especiales, especificando las coberturas.

16.- Tratamientos que no son reconocidos por la práctica médico científica, o tratamientos que no son aceptados por ser experimentales o de beneficios inciertos para el paciente:

- Los realizados por acupunturitas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.
- Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño, aprendizaje, epilepsia.
- De naturaleza experimental o de investigación.
- Tratamientos en centros SAP e hidroclínicas.

17.- Tratamiento médico o quirúrgico para corrección de pie plano, pie equino y hallux - valgus o juanetes.

18.- Tratamientos de fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones.

19.- *Cualquier lesión o enfermedad causada por la participación en actos terroristas cometidas por razones políticas, religiosas, ideológicas*

20.- Gastos por trastornos hormonales.



- 21.- Tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios por un accidente.
- 22.- Gastos por tratamientos que no sean médicamente necesarios.
- 23.- Gastos que no hayan sido prescritos por un médico legalmente autorizado.
- 24.- Gastos que de conformidad con el protocolo medico generalmente aceptados puedan ser medicamentos o tratamientos considerados como una duplicidad o en exceso de los necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente.
- 25.- Vitaminas o suplementos dietéticos y para aumentar el apetito o para adelgazar, aunque sean recetados por un médico autorizado, vacunas preventivas.
- 26.- Gastos por tratamientos recibidos sin costo para el asegurado.
- 27.- Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados aunque tenga cobertura por la póliza.
- 28.- Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
- 29.- Suicidio o cualquier intento de suicidio sus complicaciones o secuelas independientemente de que el asegurado se encuentre o no en su sano juicio.
- 30.- Gastos por la atención o tratamientos de lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o cuando viaje como pasajero en un medio de transporte privado, comercial o no, que no se publicó, donde el conductor del mismo se encuentre en estado de embriaguez.
- 31.- Tratamientos para el control de peso, trastornos del comer o cualquier tratamiento de la obesidad y sus consecuencias.
- 32.- Para el tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura.
- 33.- Por transformación sexual o cambio de sexo de cualquier naturaleza.
- 34.- Tratamientos de enfermedades de transmisión sexual. (Se excluye el SIDA)
- 35.- Terapias de aprendizaje por retraso mental.
- 36.- Lesiones causadas al asegurado cuando conduzca o viaje como pasajero de un automóvil o cualquier vehículo motor en carreras, pruebas de velocidad, resistencia.
- 37.- Lesiones o enfermedades causadas a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos por ejemplo: MotoCross, alpinismo, jaripeo, esquí, tauromaquia, salto de bungee, Canopy, equitación, buceo, paracaidismo y cualquier tipo de deporte aéreo.

- 38.- Lesiones cuyos beneficios sean pagados por una póliza de automóviles, accidentes personales, accidentes de tránsito.
- 39.- Tratamientos por síndrome de fatiga crónica.
- 40.- Gastos por concepto de alquiler o compra de equipo médico (no desechable) fuera del hospital por ejemplo: Muletas, sillas de ruedas, taques de oxígeno, andadores, y tocones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, rodilleras, etc.
- 41.- Circuncisiones únicamente está cubierto en caso de Infecciones Comprobada.
- 42.- Objetos para el confort personal.
- 43.- El alquiler o compra de prótesis, implantes, vaporizadores, nebulizadores equipo para ejercicio.
- 44.- Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de chagas.
- 45.- Por cualquier suministro, inoculación o inyección de hormonas.
- 46.- Tratamiento y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, y/o andropausia y sus complicaciones.
- 47.- Cualquier enfermedad y/o complicación causada por negligencia del personal médico tratante incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.
- 48.- Gastos por acné juvenil, ya sea este inflamatorio o no y verrugas vulgares; se cubrirán los gastos de acné juvenil sobre infectado siempre que haya una segunda evaluación médica por parte de MAPFRE SEGUROS HONDURAS.
- 49.- Gastos por servicios médicos en que se incurra cuando la póliza no se encuentre vigente o haya sido cancelada.
- 50.- Que un tercero este obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de existencia de un contrato o por responsabilidad civil extra-contractual, o que sean suministrados o cubiertos por instituciones estatales.
- 51.- Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de análisis del pelo.
- 52.- Por el exceso en costos que provoque la utilización de Tecnología Médica de Aplicación Reciente no autorizada al compararlos con la Tecnología Médica Tradicional utilizada para el tratamiento de enfermedades o lesiones de un asegurado amparado bajo alguna cobertura o servicio de esta póliza.
- 53.- Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el sueño.
- 54.- Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.



55.- En los casos de epidemias declaradas por el Ministerio de Salud de la República de Honduras, o bien de la entidad homóloga en algún otro país en los casos en que el asegurado se encuentre fuera de la República Honduras en dicho país y posea cobertura internacional.

56.- Por consultas médicas en casa, salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza de su plan de seguro se haya incluido como un servicio cubierto alguna cobertura que brinde servicio de atención médica domiciliaria y siempre sujeto a los límites, términos y condiciones para dichos servicios.

El tomador, manifiesta haberse enterado de las Condiciones Generales y Especiales del Contrato.

58.- Una condición preexistente es una enfermedad, lesión corporal o síntoma, la cuales existían dentro de los 12 meses precedentes a la última fecha de: la fecha efectiva de la cobertura, o un aumento o cambio de benéficos que requieran Pruebas de asegurabilidad.

Una condición preexistente se define como:

A.- Enfermedad, lesión corporal o síntoma por las cuales el individuo asegurado:

- Tuvo advertencia médica o consultó a un médico
- Recibió tratamiento médico, servicios o suministros.
- Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico
- Tomo drogas o medicinas recetadas o recomendadas.

B.- La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Cláusula 10 DUPLICIDAD DE COBERTURA

Los beneficios de este Aditamento no se duplicarán con los beneficios de cualquier otro plan colectivo o plan estatuido, por el cual el Asegurado puede ser elegible. Si un asegurado o dependiente, es elegible para recibir beneficios bajo esta Póliza, y también resultan elegibles para recibir beneficios bajo cualquier otro plan (según se define posteriormente) que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos necesarios, razonables y acostumbrados para el tratamiento de una enfermedad o lesión, la suma de los beneficios pagaderos por esta Póliza y por cualquier otro Plan será coordinada, de manera que el total pagado no sobrepase el 100% de los gastos incurridos. En ningún caso, la cantidad de beneficio pagadero por esta póliza podrá exceder la cantidad máxima estipulada para ese beneficio.

El término " Plan " se refiere a cualquier programa que proporcione beneficios o servicios por o para el cuidado o tratamiento dental, médico u hospitalario, cuyos beneficios o servicios sean brindados bajo: a) Cobertura de seguro colectivo, individual, comprensivo o con franquicia, b) Blue Cross, Blue Shield, y otras coberturas proporcionadas en base colectiva, c) cualquier cobertura otorgada bajo planes de protección sindicales, planes de beneficios de organización laboral o cualquier otro beneficio para los miembros de un grupo, y d) cualquier cobertura proporcionada por programas gubernamentales y cualquier cobertura requerida y otorgada por cualquier legislación.

Cláusula 11 CALCULO DE PRIMAS

La prima pagadera por los beneficios proporcionados por este Aditamento se determinará multiplicando el número de unidades en cada tipo de enrolamiento por el tipo de primas apropiado según indica en (q) Cálculo de Primas - Especificaciones del Aditamento.

Cláusula 12 BENEFICIOS POR RECLUSION EN EL HOSPITAL

Si un Asegurado incurre en gastos a consecuencia de una incapacidad con respecto a su reclusión en un hospital, la compañía de Seguros pagará los beneficios descritos en A y B más abajo:

A.1. BENEFICIOS DIARIOS

El gasto incurrido por el Asegurado por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por cuarto, comida y atención general de enfermeros, suministrados durante su reclusión en el hospital, pero sin exceder el beneficio máximo diario por cada día de reclusión y la cantidad máxima durante cualquier incapacidad, según se indican ambos en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

A.2. BENEFICIO DE CUIDADO INTENSIVO

En el caso de que, durante una reclusión hospitalaria, el médico de cabecera de un asegurado prescriba la reclusión de dicho asegurado en la Unidad de cuidado

Intensivo del Hospital (según se define después) entonces, con respecto a cada día de reclusión en dicha Unidad de -Cuidado Intensivo, en lugar de cualquier beneficio pagadero bajo la Sección " Beneficios de Reclusión en el Hospital", se pagará un beneficio por Reclusión en la Unidad de Cuidado Intensivo), que no excederá de la cantidad máxima establecida bajo la Cláusula 9 Sección " Beneficios de Reclusión en el hospital" "Beneficios de Cuidado Intensivo"

A los fines de esta Cláusula, la "Unidad de Cuidado Intensivo de un Hospital" se referirá solamente a una sección, sala o a la del Hospital, la cual se distingue de otras dependencias del Hospital debido a:

- 1) Que opera únicamente al efecto de brindar alojamiento y cuidado profesional y tratamiento a pacientes críticamente enfermos, incluyendo observación constante y cuidado por una enfermera graduada u otro personal hospitalario altamente entrenado, y
- 2) que tiene servicios especiales, equipos y suministros necesarios para ese cuidado y tratamiento, accesible para su uso inmediato, si fuese, su uso necesario.

La Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital no deberá incluir ninguna dependencia hospitalaria mantenida con el propósito de brindar tratamiento o servicio de recuperación normal postoperatorio.

B) BENEFICIO POR SERVICIO DE HOSPITALES

El gasto incurrido por el Asegurado, por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por:



(I) Servicios o abastecimientos suministrados al Asegurado por su uso durante su reclusión en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma sanguíneo;

(II) Anestésicos y su administración por un empleado del hospital; pero sin exceder el máximo de servicios de hospital durante cualquier incapacidad según se indica en (c) cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

No se pagarán beneficios por los cargos hechos por enfermeras particulares, cuarto y comida, técnicos y médicos no empleados regularmente por el hospital, bajo los servicios especiales de hospital.

Cláusula 13 BENEFICIO DE SALA DE EMERGENCIA

Si a consecuencia de una lesión corporal accidental, un asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por sala de emergencia de un hospital, la compañía de Seguros pagará los cargos regulares y acostumbrados por tales servicios, sin exceder el máximo durante cualquier incapacidad según se indica en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, siempre y cuando el padecimiento requiera de atención de emergencia.

Cláusula 14 BENEFICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIA

Si un Asegurado incurre en gastos por una operación quirúrgica, a consecuencia de una Incapacidad, la compañía de Seguro pagará, sujeto a las estipulaciones de este Aditamento una cantidad calculada por uno de los siguientes métodos:

Método Uno: Aplicando al beneficio máximo, el monto especificado en la adjunta Tabla de Honorarios Quirúrgicos: ARANCEL DE HONORARIOS MEDICOS RED HONDUREÑA DE SERVICIOS DE LA SALUD (REHDSA)

Método Dos: Seleccionando la cantidad especificada, donde aparecen las cantidades en la adjunta Tabla de Honorarios Quirúrgicos;

Método Tres: Multiplicando la unidad de valor especificada por el Factor de Conversión Quirúrgico en la adjunta Tabla de Valor Relativo.

Artículo (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, estipulará el método de Cálculo a ser usado, el beneficio máximo, y si es aplicable, el Factor de Conversión Quirúrgico, sujeto a las siguientes disposiciones.

1.- El pago no excederá el valor calculado por ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado.

2.- Cuando se den procedimientos quirúrgicos dobles o múltiples, los cuales añaden complejidad, o tiempo significativo al cuidado del paciente, sean ejecutados en la misma sesión operatoria, se reconocerán de la siguiente manera 100% por el procedimiento mayor, mas 50% del valor por el segundo procedimiento, y 25% del valor por el tercer procedimiento, excepto que si el procedimiento combinado es especificado de otra manera, ese valor será pagadero.

3.- Cuando un procedimiento incidental sea practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operativo, el pago será únicamente por el procedimiento mayor, excepto si se especifica de otra manera.

4.- El porcentaje o unidad de valor cotizado en la Tabla incluirá la consulta normal preoperatoria, investigación y preparación del Asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el Asegurado está en el hospital, y el cuidado de convaleciente siguiente a la salida del hospital.

5.- Cuando una operación quirúrgica no esté cotizada en la Tabla, la Compañía de Seguros determinará el pago, basado en un procedimiento que requiera tiempo y habilidad quirúrgica similares y de acuerdo a los costos justos razonables y acostumbrados.

6.- Cuando se establezca para satisfacción de la Compañía de Seguros, que la pericia de dos cirujanos se requiere en la administración de una operación quirúrgica específica, la cantidad pagadera, puede ser aumentada hasta un 25% más del porcentaje fijado o valor y prorrateo, con el acuerdo de los cirujanos, con relación a la responsabilidad y el trabajo ejecutado.

7.- Por concepto de ayudantías en cirugía, solamente será reconocida la participación de un ayudante, cuyos honorarios serán del 30% del valor que corresponde al cirujano principal.

8.- El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, no excederá el máximo quirúrgico por incapacidad según se indica en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento.

CLAUSULA 15 BENEFICIO DE ANESTESIA

Si un Asegurado, a consecuencia de una incapacidad, incurre en gastos por una operación quirúrgica que requiera anestesia general, o para un examen bajo anestesia general, la Compañía de Seguros pagará, sujeto a las estipulaciones de este Aditamento, por los servicios de anestesia, una cantidad calculada aplicando el Porcentaje de Conversión de Anestesia a la cantidad de beneficio quirúrgico, según se indica en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, pagadera de acuerdo con la sección anterior, sujeta a las siguientes disposiciones:

1.- El valor de los servicios por anestesia será determinado aplicando el 34% al valor consignado de acuerdo a la Tabla de Honorarios Quirúrgicos: arancel de Honorarios Médicos, Red Hondureña de Servicios de la Salud (REDHSA)

2.- El pago no excederá al valor calculado para ese procedimiento, ni excederá la cantidad realmente cargada al Asegurado.

3.- La cantidad determinada para anestesia incluirá las visitas pre y postoperatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos y/o sangre inherente a la anestesia o cirugía.

4.- El valor calculado sólo será pagadero cuando la anestesia sea administrada personalmente por un medico, que permanece en presencia constante durante el procedimiento, con el solo fin de prestar los servicios de anestesia.



5.- El pago por los servicios de anestesia proporcionados durante cualquier incapacidad, no excederá el producto del Porcentaje de Conversión de Anestesia y el máximo quirúrgico por Incapacidad según se indican ambos en (c) Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento.

Cláusula 16 BENEFICIOS MEDICOS POR RECLUSION EN EL HOSPITAL

Si un Asegurado, mientras está recluso en un hospital, a causa de una incapacidad, incurre en gastos por atención facultativa y tratamiento por un médico, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros reembolsará tal gasto hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad indicada en (c) Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, sujeto a las siguientes estipulaciones:

1.- No se pagarán beneficios por los servicios de un cirujano, o anestesista, por los cuales se pagan beneficios bajo la Cláusula 11 - Beneficios de Anestesia y Cirugía; ni por visitas a ningún médico en, o después del día en que se práctica una operación.

2.- El pago se hará nada más que por una visita, un día cualquiera, y ésta no excederá la cantidad realmente cargada.

3.- En el caso de reclusión en un hospital por tratamientos médicos que no requieran de intervención quirúrgica las visitas intra-hospitalarias serán reembolsadas de acuerdo al Arancel de Honorarios Médicos (REDHSA).

1.- Definiciones:

Consulta de Especialistas - atención facultativa y consulta por un especialista competente, según lo requiere el caso, tal como un Médico Pediatra.

Consulta Sub especialista: atención facultativa y consulta por un médico especialista según lo requiera el caso, tal como un Médico Pediatra Gastroenterólogo.

2.- Limitaciones:

No se pagarán más de cinco consultas a especialistas, durante una incapacidad.

El máximo por incapacidad mostrado en (c) Cobertura de Seguro-Especificaciones del Aditamento, aplica a la suma de todos los pagos por visitas al consultorio de un especialista.

Cláusula 17 BENEFICIO DE LABORATORIO Y RAYOS X PARA DIAGNOSTICO

Si un Asegurado, incurre en gastos a causa de una incapacidad, por exámenes de Rayos X para diagnósticos, o pruebas de laboratorio, o microscópicas, o análisis, por otras causas que no sean embarazo, la Compañía de Seguros reembolsará tales gastos en exceso del deducible, y hasta el máximo indicado en (c) Cobertura de Seguro - Especificaciones del Aditamento, siempre que dichos exámenes sean hechos u ordenados por un médico. El deducible y máximo, aplicarán a cada incapacidad.

No se pagarán beneficios bajo esta Cláusula, por rayos X terapéuticos, o por cualquier examen hecho durante la reclusión de un Asegurado.

Cláusula 18 BENEFICIOS DE TRANSPORTE

Si un Asegurado, a causa de lesión corporal o enfermedad, necesariamente incurre en gastos de transporte local por una ambulancia autorizada y equipada como tal, para el tratamiento médico debido a que las facilidades requeridas no son obtenibles en el lugar en el que se contrajo la lesión o enfermedad, hacia el lugar más cercano adonde tales facilidades existen, la Compañía de Seguros reembolsará hasta el máximo por incapacidad mostrado en las especificaciones, siempre que dicho transporte y atención sean recomendados por el médico de cabecera.

Cláusula 19 BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS

Este beneficio será pagadero hasta su máximo, después de aplicado el deducible, por cada incapacidad por diagnóstico.

Cláusula 20 BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS MEDICOS MAYORES

Si, como resultado de una incapacidad, un Asegurado ha incurrido en " Gastos Elegibles " (como se definen más abajo), la Compañía de Seguros reembolsará el 80% de dichos gastos en exceso de un deducible inicial sobre la base de opciones el cual debe ser acumulado dentro de un período de DOCE meses consecutivos durante cada año calendario hasta un Beneficio máximo de según opciones con respecto a cada individuo.

1.- El "Beneficio Máximo" es la cantidad que representa el límite máximo de responsabilidad por cada asegurado, y que se reembolsará por una o mas enfermedades o accidentes cubiertos durante la vigencia de la póliza. Una vez agotada la suma máxima, la compañía procederá a dar de baja o retirar de la cobertura de la Póliza al cliente asegurado. Si un Asegurado desea ingresar de nuevo a la cobertura del contrato, deberá someterse a los exámenes médicos indicados por la compañía; los resultados de los mismos y el análisis efectuado, indicará si el cliente es asegurado nuevamente.

2.- El término " Gastos Elegibles ", es definido como los gastos reales incurridos por un Asegurado, que son razonables y necesarios para la atención médica, y los servicios administrados por, u ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina. Tales gastos no incluirán cantidad alguna reembolsada bajo cualquier otra cláusula en este Aditamento, e incluirá:

(I) Beneficios Diarios según se define en la Cláusula 9 A, hasta una cantidad máxima diaria de:

(a) mientras los beneficios sean pagados bajo la Cláusula 9 A, y

(b) después de alcanzar el Máximo por Incapacidad bajo la Cláusula 9A.

(II) Los demás servicios y suministros de Hospital para la atención médica en el Hospital.

(III) Anestésicos y su administración.

(IV) Servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local.



(V) Servicios médicos para cirugía y otras atenciones médicas, excluyendo los servicios dentales, a menos que sea para el tratamiento seguidamente abajo.

(VI) Servicios dentales para cirugía prestados por un médico, dentista o cirujano dental para el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales a través de medios externos violentos, dentro de los seis meses del accidente (el tratamiento incluye el reemplazo de dichos dientes naturales dentro de dicho período).

(VII) Tratamientos y atenciones por enfermedades mentales serán cubiertos únicamente por hospitalización, y estarán sujetos a un período de espera de un año a partir de la fecha de la inclusión a la póliza.

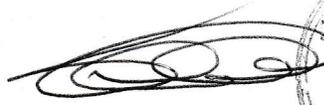
(VIII) Los demás servicios y suministros:

- Tratamiento de rayos X, radios y otras sustancias radioactivas;
- Tratamiento por un fisioterapeuta que no sea de la familia;
- Drogas y medicinas dispensadas por un farmacéutico autorizado;
- Vendajes quirúrgicos;
- Miembros y ojos artificiales cuando sean necesitados por lesiones corporales accidentales o enfermedades ocurridas mientras está cubierto bajo este aditamento;
- Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas;
- Alquiler de silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

3.- para los fines de los Beneficios Médicos mayores solamente, la Cláusula 6 " Exclusiones " de este Aditamento se modificará como sigue:

(a) Las palabras "o trastornos mentales" serán suprimidos bajo el sub epígrafe 1.

(b) Se agregará el sub- epígrafe 9 diciendo: Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del Asegurado cubierta bajo Compensación obrera o leyes similares.


FIRMA AUTORIZADA
MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A.