



MAPFRE | HONDURAS

**POLIZA COLECTIVA
PLAN DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

POLIZA COLECTIVA	FECHA DE VIGENCIA	FORMA DE PAGO	FECHA DE ANIVERSARIO VENCIMIENTO
No. 1-1944	01/08/2018-01/08/2019	MENSUAL	01/08/2019

PATRONO O EMPRESA CONTRATANTE
COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS, ELECTRICISTAS Y QUIMICOS DE HONDURAS CIMEQH
DOMICILIO: TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN

Fecha de Emisión
07/08/2018

MAPFRE HONDURAS, del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C., quien en lo sucesivo se denominará "La Compañía", al recibir las pruebas fehacientes del caso, se compromete a pagar los beneficios que constan en el Cuadro de Seguro de este documento, en lo que respecta a cada Asegurado, que se halle con derecho a tales beneficios, de acuerdo y con sujeción a las estipulaciones de esta póliza.

Esta Póliza se le expide al Contratante tanto en consideración a la solicitud como a los consentimientos individuales de los Empleados Asegurados de éste, si los hubiere, y al pago de las primas que se consignan en este documento, para que entre en vigor en la fecha de vigencia de la Póliza estipulada en el encabezado.

La primera prima vencerá y deberá pagarse en la fecha de inicio de la Póliza y las primas subsiguientes vencerán y deben pagarse VER EN EL ENCABEZADO de allí en adelante mientras esta Póliza se halle en vigor.

Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Contratante, se harán en las oficinas de la Compañía. Esta Póliza se expide y se acepta en el entendido de que queda sujeta a las condiciones expuestas en esta página y en las subsiguientes de éste documento.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, la Compañía emite la presente Póliza por duplicado, siendo un ejemplar para el Contratante y otro para el Archivo de la Compañía, en la Ciudad de TEGUCIGALPA, M.D.C., República de Honduras, VER FECHA EN EL ENCABEZADO.

Beneficios no Contratados

POR EL CONTRATANTE

Firma Autorizada

MAPFRE SEGUROS HONDURAS, S.A.

Firma Autorizada



CONDICIONES ESPECIALES**COLEGIO DE INGENIEROS MECANICOS, ELECTRICISTAS Y QUIMICOS DE
HONDURAS CIMEQH GM 1-1944****VIGENCIA:****DESDE: 01 DE AGOSTO 2018 AL MEDIO DIA
HASTA: 01 DE AGOSTO 2019 AL MEDIO DIA****SECTOR: TEGUCIGALPA, FRANCISCO MORAZAN**

Para todos los efectos, se aclara que estas Condiciones Especiales tienen prevalencia sobre las Condiciones Generales sin embargo, cuando algo no esté especificado como Condición Especial, se aplicarán las Condiciones Generales.

I. RIESGOS CUBIERTOS

a) Gastos Médicos por Enfermedad o Accidente.

II. COBERTURAS

a) Reembolso de gastos médicos

b) Reembolso o pago directo a Proveedores de Gastos Hospitalarios (Gastos Médicos Mayores)

c) Límite Geográfico:

a. Dentro de Centro América (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Honduras).

b. Fuera de Centro América (Internacional).

III. ESTIPULACIONES ESPECIALESa) **Base del Seguro****1.- BASE DEL SEGURO: Bajo este Anexo las Bases del Seguro serán:**

Para Afiliados	" CONTRIBUTIVO "
Para Dependientes	" CONTRIBUTIVO "

Bajo esta estipulación, seguro Contributivo quiere decir seguro por el cual el afiliado contribuye hacia la prima y seguro NO Contributivo, el seguro proporcionado sin costo para el Afiliado.

Seguro contributivo quiere decir que el afiliado contribuye al pago de la prima de su Seguro y el de sus Dependientes; y **seguro no contributivo** cuando el seguro es proporcionado sin costo para el Afiliado y para sus Dependientes.



1.- Las Primas del Seguro ser de forma mensual, debiéndose pagar dentro del periodo establecido para tener derecho a la cobertura. Mismo que deberá efectuarse en los primeros 13 días del siguiente mes.

2.- Revisión y Ajuste de Tarifas: Se establece que si el comportamiento de la siniestralidad fuere igual o mayor al 60% de las primas netas percibidas, las tarifas convenidas serán revisadas y ajustadas al final de cada período indicado en el Cuadro de Beneficios.

3.- Período de Gracia: El Contratante goza de un período de treinta (30) días para efectuar el pago de la prima vencida, si transcurridos los treinta (30) días no se recibe el pago correspondiente, la cobertura quedará suspendida y todo gasto por cualquier incapacidad ocurrida después del término antes mencionado no será reconocido, aún cuando, el Contratante hubiere pagado posteriormente la prima respectiva poniendo en vigor los efectos de la Póliza a partir de la fecha en que se recibe el pago en las oficinas de la Compañía de Seguros.

4.- Aceptación de Condiciones: El pago de la prima correspondiente en o después de la fecha efectiva de la póliza o de la renovación de cualquier año, se considerara como aceptación de las Condiciones Generales y Especiales de la póliza y de cualquier modificación en su renovación.



f) Elegibilidad:

Asegurado Principal:

Cada Asegurado del contratante es elegible para este seguro si en el momento de la inscripción:

- La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 18 y 60 años de edad, renovable hasta los 80 años
- Si el asegurado se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzara a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.
- Pertener al mismo grupo o empresa que ha contratado la póliza.

Dependientes:

- La edad de su cumpleaños más próximo se encuentre comprendida entre 18 y 60 años de edad, renovable hasta los 75 años de edad.
- Si el cónyuge se encuentra incapacitado y no está dedicado activamente a su trabajo, su elegibilidad comenzara a partir del día en que regrese a su trabajo activo y permanente.

Hijos:

- La edad comprendida desde el décimo día de nacido hasta los 19 años de edad, extendiéndose la cobertura hasta los 25 años de edad, siempre y cuando dichos dependientes sean estudiantes de tiempo completo en un colegio acreditado o en una universidad y dependan económicamente del asegurado principal para su ayuda y sostenimiento.

Un asegurado puede escoger que la cobertura para sus miembros familiares entre en vigor en el mismo momento en que entre la suya.

Los hijos dentro de la vigencia del Contrato deben ser notificados en los primeros treinta (30) días de nacido, acompañando el formulario de inscripción de familiar dependiente así como la fotocopia de la boleta de inscripción o de la partida de nacimiento. La compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño (a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será efectiva a partir del décimo día de nacido. En caso que sea notificado posterior a los treinta días de nacido, la compañía tiene el derecho de exigir testimonio de buena salud del niño(a) y pudiere aceptarlo o no con una exclusión, en caso de ser aceptado su cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a la aceptación.



El asegurado que contraiga matrimonio dentro de la vigencia del contrato, podrá solicitar la inclusión de su cónyuge si es elegible, mediante presentación de declaración de salud, dentro de los treinta (30) días siguientes al acontecimiento, adjuntando el formulario de inscripción de familiar dependiente, así como la fotocopia del certificado de matrimonio y esperar la aceptación de la compañía. Si la cobertura mencionada es aceptada por la compañía, se iniciara a partir del primer día del mes siguiente de su aceptación

Si no se notifica oportunamente la compañía oportunamente se reserva el derecho de otorgar o no esa cobertura a partir del primer día de la siguiente renovación.

Si alguna persona definida como Asegurado, es también elegible para participar como Dependiente bajo esta póliza, solamente podrá participar como asegurado y no como Dependiente. Cuando ambos esposos estén asegurados bajo esta póliza, los hijos serán elegibles solamente como dependientes de uno de los dos.

Los movimientos en el personal (inclusiones, exclusiones, incrementos de suma asegurada, cambios de categorías) deberán reportarse inmediatamente a la compañía para que surtan efecto; sin embargo se establece un periodo máximo de 30 días para que el contratante haga los reportes respectivos, si durante este periodo ocurre el siniestro y el movimiento no ha sido reportado a la compañía, el contratante deberá demostrar que por un error u omisión no intencional de su parte no se hizo el correspondiente reporte, debiendo en este caso demostrar mediante pruebas fehacientes que dicho movimiento procedía para su registro.- fuera de este periodo de 30 días la compañía no asumirá ningún riesgo en cuanto a siniestros o devoluciones de primas se refiere



IV. CONDICIONES ESPECIALES

1.- La Vigencia: El período de vigencia de la póliza, anotado al inicio del presente Endoso, corresponde a un año el cual fue seleccionado por el Contratante y aceptado por la Compañía de Seguros.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho de dar aviso por escrito a la otra, manifestando su voluntad para renovar o dar por terminado el contrato de seguro, con 30 días de anticipación.

2.- Derecho a Seguro, cada asegurado tendrá derecho a su Seguro después del número de días que aparece en el Cuadro de Beneficios, de haber iniciado como afiliado activo del Contratante y por medio de éste deberá presentar a la Compañía de Seguros para el análisis correspondiente siempre que cumpla con las siguientes condiciones:

1. La Solicitud de Inscripción completada totalmente y firmada por el afiliado.
2. Transcurrido el plazo convenido solo en caso de error u omisión que aparece en el Cuadro de Beneficios, se tomará como fecha de ingreso a la póliza la fecha en que la solicitud sea recibida en la Compañía de Seguros.

Los afiliados incapacitados en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o de la fecha en que obtendría el derecho al seguro, serán elegibles al regresar activa y permanente a sus labores aplica a nuevos ingresos.

3.- Límites de Edad: Son elegibles para ingresar y formar parte del grupo asegurado, los afiliados y sus familiares dependientes cuyas edades estén dentro de los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios.

Asimismo, la edad límite para realizar cualquier aumento o disminución del máximo vitalicio, será hasta el cumplimiento de los 70 años de edad, completando nueva Declaración de Salud que será sometida al análisis de la Compañía de Seguros para su aceptación o no.

4.- Máximo Vitalicio: Es la cantidad que limita la responsabilidad máxima de la Compañía de Seguros por cada asegurado y que se reembolsará por una o más Enfermedades o Accidentes cubiertos que ocurran durante la vigencia del seguro.

Esta suma máxima irá disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que la Compañía de Seguros vaya pagando por las distintas reclamaciones, ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro o que el Asegurado haya estado cubierto alguna vez como afiliado y otra como familiar dependiente.

Para cada afiliado asegurado el Máximo Vitalicio se ha fijado en la cantidad que aparece en el Cuadro de Beneficios

5.- Reducción de Máximo Vitalicio: Al cumplimiento de los setenta (70) años de edad del Asegurado, el Máximo Vitalicio que aparece en el registro de asegurados se reducirá automáticamente al porcentaje que aparece en el Cuadro de Beneficios, por consiguiente, al acaecer el riesgo antes del cumplimiento de los ochenta (80) años de edad, la obligación de la Compañía de Seguros se limitará a dicho porcentaje o al saldo que esa fecha exista, si es menor.

El asegurado continuará pagando primas sobre la misma categoría por la que pagaba antes de que aplicara la reducción del máximo vitalicio por razón de edad.

6.- Actualización de Información: La Compañía de Seguros establece y aplicará los mismos períodos indicados para el Seguro Colectivo de Vida y la efectividad de cualquier aumento de Máximo Vitalicio o cambio de categoría será efectivo a partir de la fecha que la Compañía de Seguros apruebe la nueva Declaración de Salud para su aprobación o no.

7.- Cambio de categorías: No se aceptaran cambios de categorías durante el periodo 1 de Agosto 2018 a 1 de Agosto 2019.

8.- Las condiciones especiales para los grupos familiares que formen parte de la categoría "Asegurados Catastróficos" serán las siguientes descritas:

- a. Se mantienen los máximo vitalicios disponibles y el servicio de asistencia médica primaria en EPS medical
- b. Un deducible anual de L25, 000.00 para gastos ambulatorios; se consideran gastos ambulatorios aquellos que no son a consecuencia de hospitalización, sea a través de la red de Proveedores o por reembolso directo .El deducible es por grupo familiar.
- c. Una vez consumido el deducible por Gastos Ambulatorios, se otorgara un techo de máximo de indemnización de L60, 000.00 por grupo familiar.
- d. Se otorga cobertura de gastos a consecuencia de una hospitalización sea a través de la red de proveedores o fuera de ella; hasta un máximo reembolsable de L200, 000.00 por evento, con un deducible de L15, 000.00 aplicable por evento.
- e. El copago aplicable de todos los gastos incurridos por los asegurados de esta categoría será del 30%

9.-Comunicaciones: Todas las comunicaciones o declaraciones a la Compañía de Seguros, se enviarán por escrito directamente al domicilio de ésta.

10.- Terminación del Seguro: Serán causas de cancelación de la cobertura:

Para el afiliado,

- a) A la cancelación de la Póliza,
- b) Al terminar la relación de trabajo con el contratante por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia o jubilación,
- c) Al agotarse su Máximo Vitalicio; y
- d) Por haber cumplido la edad máxima de aseguramiento.



Para los Dependientes:

- a) A la cancelación de la Póliza,
- b) Al terminar la relación del afiliado con el Contratante,
- c) Al agotarse el Máximo Vitalicio propio o del afiliado,
- d) Al cumplimiento de la edad máxima de aseguramiento; y
- e) Por dejar de reunir las condiciones que le dan derecho a participar bajo la condición de Dependientes

La cobertura de cualquier asegurado terminará automáticamente a partir de las 12:00 horas meridiano del día en que se cumplan las causas de cancelación indicadas en el párrafo anterior.

A la terminación del Seguro, el Contratante y/o asegurado solo tendrán derecho a la devolución de las primas que hubiese recibido la Compañía de Seguros por los asegurados que han dejado de reunir las condiciones para continuar en el Seguro, siempre que la Compañía no haya efectuado el pago de reclamos.

11.- Reclamaciones: Los Beneficios serán pagaderos contra la presentación de los siguientes documentos originales, sin alteraciones:

- a) Formulario de Reclamos debidamente completado,
- b) Facturas,
- c) Recibos con detalle de los gastos incurridos y pagados,
- d) Recetas selladas y firmadas por el médico tratante;
- e) Otros comprobantes de gastos médicos elegibles incurridos y pagados, con su respectivo detalle.

Las recetas médicas por medicamentos permanentes deben ser actualizadas cada 6 meses.

11.1.- Honorarios médicos por operaciones quirúrgicas, tratamientos médicos y atenciones brindadas al asegurado dentro del hospital, serán reconocidos hasta los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios y con base a la tabla de honorarios médicos establecidos por la Compañía de Seguros a la que el contratante tendrá acceso en el momento en que lo solicite.

Los honorarios en caso de Emergencia y Hospitalización (quirúrgico y no quirúrgico) se cubrirán según los costos razonables y acostumbrados establecidos en la tabla de aranceles de la Red Hondureña de Servicios de Salud (REDHSA) Cuya Aplicación es de uso generalizada entre las compañías de seguros.

11.2.- Presentación extemporánea: La Compañía de Seguros se reserva el derecho de rechazar cualquier reclamación cuando la misma haya sido presentada en forma extemporánea. A este respecto el Contratante y/o Asegurado tienen el plazo máximo de 180 días, para ejercer su derecho de solicitar el reembolso de los gastos incurridos de acuerdo a los términos de la Póliza.

11.3.- Información Adicional: La Compañía de Seguros queda facultada para solicitar en caso de siniestros cubiertos por la póliza los informes médicos, resultados de exámenes de laboratorio y de diagnóstico, historial clínico y cualquier información adicional necesaria para el análisis de reclamaciones presentadas a la Compañía de Seguros. Si el contratante, asegurado titular o dependiente elegible, se negara a proporcionar esta información o impidiera que la Compañía de Seguros por su parte obtenga dicha información, la Compañía de Seguros queda libre de toda responsabilidad de indemnizar un reclamo o aceptar la inclusión en la póliza de algún asegurado propuesto y sus dependientes.

11.4.- Plazo posterior a la Terminación del Seguro: La Compañía otorgará treinta (30) días después de la fecha de vencimiento o de terminación por cualquier circunstancia de la cobertura de un asegurado, para presentar los reclamos que hubiesen quedado pendientes de pago, siempre y

Cuando dichos gastos hayan sido incurridos durante la vigencia de la póliza vencida o de la cobertura del afiliado y que estén de conformidad con los beneficios de la Póliza.

12.- Reclamaciones por gastos médicos incurridos en el exterior: Los Gastos Médicos 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 la MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A.

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%.

13.Límite Geográfico: Los beneficios que otorga esta póliza, cubren los gastos médicos elegibles, necesarios, usuales, razonables y acostumbrados incurridos durante la vigencia de la póliza dentro del territorio que se indica en el Cuadro de Beneficios.

14.- Coordinación 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.

15.- Cláusula de Recuperación del 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.

16.- Beneficios: El Seguro funciona por medio de reembolso de los gastos usuales, razonables y acostumbrados en el área por Servicios Médicos y Hospitalarios, que sean necesarios para el tratamiento curativo de enfermedades físicas o de lesiones accidentales. Se considera usual, razonable y acostumbrado cuando no excede del promedio que se maneje en la localidad donde es prestado el servicio o suministro medico-hospitalario

El Asegurado puede utilizar los servicios médicos hospitalarios de su preferencia y la Compañía de Seguros reconocerá y reembolsará los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, incurridos durante la vigencia de la Póliza, después de aplicar deducibles y coaseguros convenidos; y de conformidad con los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios y los honorarios de conformidad con la Tabla de Honorarios Médicos de la Compañía a la que el Contratante tendrá acceso cuando lo solicite.

No se proporciona cobertura alguna para cualquier gasto incurrido que no aparezca descrito en los Beneficios y el Cuadro de Beneficios.

Beneficios cubiertos bajo Gastos Médicos Mayores (ver límites en el Cuadro de Seguro)

15.1.- Reclusión en el Hospital.

- a) Cuidado Intensivo
- b) Servicios de Hospital

13.2.- Cuarto de Urgencia

- 13.3.- Honorarios por Cirugía (Tabla de Honorarios Médicos de la Compañía de Seguros)
- 13.4.- Anestesia (34% sobre los honorarios del Cirujano Principal)
- 13.5.- Maternidad y Obstétricos
- 13.6.- Visitas Médicas como paciente hospitalizado.
- 13.7.- Otros beneficios médicos: Laboratorio, Rayos X
- 13.7.1 Medicamentos

c) Maternidad (Sujeto a coaseguro y deducibles de acuerdo a la alta o baja siniestralidad, incluyendo pre y post parto)

Otros Beneficios cubiertos:

La Compañía de Seguros reconocerá y reembolsará los gastos médicos y hospitalarios, necesarios, usuales, razonables y acostumbrados por:

1.- **Consultas Médicas** ambulatorias en consultorio o clínicas, hasta los límites que por especialidad del médico aparecen en el Cuadro de Beneficios

2.- **Gastos Odontológicos** únicamente cuando resulten necesarios por o a consecuencia de:

a) Extracción de Terceras Molares Impactadas, con la presentación de radiografías antes y después del tratamiento. Los tratamientos dentales serán autorizados previa evaluación del odontólogo designado por la compañía.

b) en caso de accidente, siempre y cuando el asegurado sea evaluado previamente por el médico especialista en odontología designado por la Compañía de Seguros y que el tratamiento sea brindado dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores al accidente.

3.- **Cobertura gratis para dependientes** en caso del fallecimiento del Asegurado titular se concederá la continuidad de seguro para los familiares dependientes durante el periodo de 1 año sin costo alguno bajo las siguientes condiciones:

1. Que al momento del fallecimiento el asegurado titular estuviera asegurado con sus dependientes pagando la tarifa correspondiente.
2. El asegurado titular y sus familiares dependientes deberán haber estado asegurado como mínimo durante 1 año en la póliza.
3. Si un dependiente deja de ser elegible como tal, de conformidad a los términos de la póliza, su cobertura termina.

4.- **Psiquiatría**, únicamente cuando el asegurado se encuentre hospitalizado por más de 24 horas, en caso de accidente cubierto por la póliza aplicando los porcentajes establecidos.

5.- **Cirugía plástica** necesaria a consecuencia de una lesión accidental (en apego a la definición de accidente) ocurrida durante la vigencia del Seguro y que sea una cirugía reconstructiva, siempre que el tratamiento se realice dentro de los 180 días siguientes al accidente.



6.- Control de niño sano, incluyendo las vacunas de control de peso y crecimiento, hasta el cumplimiento de la edad indicada en el Cuadro de Beneficios.

Incluyendo las vacunas establecidas en el programa ampliado de inmunización (PAI) de la Secretaría de Salud de Honduras, hasta el cumplimiento de edad indicada en el cuadro de beneficios.

Exclusiones

Padecimientos, enfermedades o malformaciones congénitas, definiéndose como: la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto; en los casos donde el asegurado no tenga conocimiento de padecer una enfermedad congénita estará cubierta, siempre que sea diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza y no haya recibido tratamiento previo por dicho diagnóstico.

7.- Cobertura para Recién Nacido: Cubierto desde el primer día, siempre, en caso de nacer prematuro, contraer una enfermedad dentro del hospital o si nace con una enfermedad congénita hasta el máximo que aparece en el cuadro de beneficios.

8.- Pre existencias: Se otorga continuidad de cobertura para los asegurados y dependientes que actualmente estén asegurados y que inicien con el enrolamiento inicial de la póliza:

Para nuevos asegurados: Declaradas y Aceptadas por la Compañía de Seguros, después de cumplir el período de espera que aparece en el Cuadro de Beneficios.

Nota: Toda condición pre existente debe ser reportada en la solicitud de seguro.

Cualquier enfermedad preexistente no declarada en la solicitud de Inscripción o Cuestionario de Salud, aunque haya pasado el período de espera para preexistencias que aparece en el Cuadro de Beneficios, le da derecho a la Compañía de Seguros para cancelar la cobertura del asegurado.

9.- Chequeo Ginecológico que incluye consulta médica y citología, cada seis meses incluyendo una mamografía al año para aseguradas mayores de 40 años y siempre que este indicada medicamente.

10.-Exámen PSA Una vez por año para asegurados mayores de 40 años y siempre que este indicada medicamente.

11.- Terapia física de rehabilitación ordenada por el médico tratante y brindada por médico especialista.

12.- Sida, hasta el límite máximo que aparece en el Cuadro de Beneficios.

- 13.- Todos los gastos médicos necesarios para restablecer la salud del asegurado.
- 14.-Gastos Oftalmológicos: aplican bajo las siguientes coberturas:
- Aplicara para asegurados titulares con una antigüedad mayor de 12 meses en la póliza.
 - Hasta un monto máximo de L4,000.00 reembolsable al 50%
 - Aplicable cada 2 años
 - No aplica para asegurados en categoría catastrófica
 - Sujeto a deducible por año póliza.
 - Aplica siempre que exista un aumento de refracción no menor a 0.5 dioptrías revisables de acuerdo al procedimiento establecido por la compañía

15.- **Red de Proveedores:** La Compañía de Seguros ha establecido la Red de Proveedores que pone a la disposición de los asegurados para facilitar su atención médica en casos de emergencia y cirugías programadas, con médicos de diferentes especialidades y hospitales obteniendo un crédito de acuerdo a la Alta o Baja siniestralidad (%) de los gastos cubiertos, pagando el asegurado únicamente, el (%) de coseguro más el deducible en caso de no haberse cubierto y los gastos no haberse cubierto y los gastos no elegibles por la póliza.



La Red de Proveedores es una facilidad que MAPFRE SEGUROS Honduras otorga por mera liberalidad a sus asegurados como un valor agregado para que usen el crédito que la compañía tiene con los proveedores, la misma no representa ningún compromiso u obligación, ya que esta no forma parte del Contrato de Seguros.

Asimismo, queda entendido y convenido que Las condiciones de la red pueden variar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza de acuerdo a lo pactado entre MAPFRE SEGUROS Honduras y cada uno de sus proveedores. Por lo que; los servicios pueden ser ampliados, modificados, suspendidos o cancelados en cualquier tiempo, bastando únicamente la notificación por escrito al Asegurado y/o contratante de la póliza que los estuviera gozando.

Pre-certificación Médica en Honduras. Todas las hospitalizaciones programadas y/o exámenes de diagnósticos especializados cuyo costo sea mayor a L. 4,000.00 deberán ser pre-certificadas con al menos 5 días hábiles antes de su realización, para ser evaluadas y aprobadas por la compañía; cualquier ampliación del tratamiento que no guarde relación con la pre-certificación aprobada, deberá notificarse a la compañía para su debida aprobación.

En el caso de Maternidad, se sugiere pre-certificar con al menos 20 días previos al parto, para evitar inconvenientes en caso de que el mismo se adelante o se atrase.

Para cualquier procedimiento programado o electivo, la compañía se reserva el derecho de solicitar una segunda y/o tercera opinión médica. Si la pre -certificación es denegada y



el asegurado decide someterse a dicho procedimiento el mismo se reembolsara al 50% de los gastos elegibles bajo la póliza.

De no cumplir con el procedimiento de Pre-certificación médica, el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentarla para su reembolso, en este caso los gastos elegibles se reembolsarán al 50% en base a los costos razonables y acostumbrados.

El procedimiento de Pre-certificación no aplicará en caso de emergencias y accidentes.

15.1.- Será decisión directa del asegurado, si hace uso de la Red Proveedores médicos que la Compañía de Seguros ha puesto a disposición o utilizar los servicios médicos de su preferencia reconociendo siempre la Compañía de Seguros los honorarios de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos que para tal fin se ha creado.

15.2.- En casos selectivos de cirugía programada el afiliado se debe someter a una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación por parte de la compañía. El costo de la segunda evaluación es por cuenta de la compañía; en caso de no someterse a la segunda evaluación médica la compañía se reserva el derecho de aumentar el coaseguro.



15.3.- Todas las hospitalizaciones programadas deberán ser estrictamente pre-certificadas, en caso de no presentarse a las oficinas de la compañía para tramitar la debida pre-certificación, la Compañía se reserva el derecho de aumentar a un 50% el coaseguro. (Gestionadas por la Compañía en 7 días hábiles).

15.4.- El Contratante se compromete a hacer efectivo y a su presentación los valores que correspondan por Deducibles, Co-aseguros y otros gastos no cubiertos por la póliza, cuando el Asegurado haga uso de la Red de Proveedores Médicos que la Compañía de Seguros ha puesto a su disposición.

15.5.- En los casos siguientes los asegurados podrán hacer uso de la red sin su debida pre-certificación o autorización:

1. Fracturas
2. Luxaciones
3. Esguinces
4. Heridas
5. Quemaduras de todo tipo
6. Estado de Choque
7. Perdida de Conocimiento, u obnubilaciones
8. Síndrome Vertiginoso
9. Cuerpo Extraños en Otorrino
10. Deshidratación Severa por Vómitos y/o diarreas
11. Crisis Asmáticas
12. Shock Anafiláctico
13. Cólico Nefrouretral

14. Cólico Hepatobiliar
15. Retención Aguda de Orina
16. Hemorragias
17. Convulsiones
18. Intoxicación aguda no etílica
19. Reacciones Alérgica Agudas por Picaduras de Insectos y Reptiles
20. Reacciones Alérgicas Agudas Medicamentosas y Alimenticias
21. Angina de Pecho
22. Infarto Agudo al Miocardio
23. Apendicitis
24. Crisis Hipertensivas y sus Consecuencias
25. Politraumatismos
26. Insuficiencia Respiratoria Severa
27. Diabetes Tipo I y II descompensadas
28. Trombosis
29. Embolismos
30. Dengue Hemorrágico

El monto mínimo por atención de emergencia en la red de hospitales es de Mil Quinientos Lempiras (L. 1,500.00); si el mismo, es menor de Mil Quinientos Lempiras (L.1, 500.00) el asegurado deberá cancelar el 100% de los gastos y solicitar su reembolso a la Compañía de Seguros.

En caso de emergencia de pacientes traumatizado o por heridas de arma de fuego y arma blanca, es requisito el reporte del Ministerio Publico o Autoridad que tomó el Parte y Prueba de Alcholemia.

RED DE ASHONPLAFA:

Este beneficio no aplicara para los asegurados que formen parte de la categoría Catastrófica Se otorgara red de médicos especialistas en ASHONPLAFA, con un copago de L250.00.

Las 24 horas los 365 días del año completamente GRATIS, para la atención de enfermedades y emergencias con solo llamar a nuestro Call Center **2263-1111**, incluyendo:

- A. **Orientación Medica Telefónica**, Para cualquier consulta o referencia médica, disponible las 24 hora los 365 días del año a nivel nacional
- B. **Asistencia Móvil y Traslado en Ambulancia**, Incluyendo atención médica y paramédica en el domicilio del asegurado o en el lugar donde haya ocurrido el accidente o enfermedad, y de ser necesario hasta un centro médico que el asegurado decida.

Estos Servicios se limitan al casco urbano de Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba y Santa Rosa de Copan.



- C. **Consultas Médicas Externas**, Para Consultas externas en las ciudades de San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba y Santa Rosa de Copan se pone a disposición de los asegurados clínicas de atención primaria con médicos generales que incluye los medicamentos de 1 a 3 días para inicio de tratamiento, los medicamentos para tratamientos primarios son: Antibióticos, Antialérgicos, Antieméticos, Desparasitante, Antiinflamatorios, Antigripales, Analgésicos, Antitusivos, Antiespasmódicos, Antidiarreicos.

Este servicio es 24 horas y es sin límite de eventos, **COMPLETAMENTE GRATIS, únicamente debe presentar su carnet de asegurado vigente, su identificación personal y recibirá la atención médica requerida.**

Ubicación de Clínicas:

• EPS Medical Tegucigalpa	Tercer Nivel del Parqueo de Cascadas Mall
• EPS Medical San Pedro Sula	Colonia Rio de Piedras, 32 Ave. 3 Calle Dos cuadras del Portal de las Carnes.
• EPS Medical La Ceiba	Centro Comercial El Imán, Barrio el Imán, Fte a Medicentro
• EPS Medical Santa Rosa de Copan	Edificio Los Ángeles, Fte. Al Hospital Quirúrgico Entrada Copan

- D. **Servicio de Conexión con la Red de Proveedores:** EL PRESENTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA pondrá a disposición del Asegurado una red de proveedores integradas por especialistas de todas las áreas de la medicina. El PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA no cubre económicamente el costo de la consulta o servicio. Estos servicios de conexión pueden ser solicitadas por el asegurado cuantas veces los necesite y a la hora que lo requiera.

Condiciones sujetas a período de espera

1.- Durante los primeros doce (12) meses de vigencia de esta Póliza o del ingreso del asegurado a la misma no se reconocerán gastos incurridos por (Nuevos Ingresos):

- Amigdalectomía, adenoidectomía, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfisema, Bronquitis Crónica, Padecimientos Genital Urinario, Enfermedades ácido pépticas, Enfermedades Renales Litiásicas, Cólicos biliares y renales, Colecistitis aguda o crónica, Hemorroides, Artroscopías y Circuncisiones excepto a causa de infección comprobada.
- Los estudios de Imágenes de Resonancias Magnética o Nuclear, serán reconocidos solamente si son necesarios como consecuencia de un accidente, por lo tanto, en caso de enfermedad, serán reconocidos después del período de espera de doce (12) meses.

- c) **Maternidad (periodo de espera de 3 meses para la concepción) :** Si una asegurada inscrita bajo la categoría de empleada o de cónyuge dependiente incurre en gastos médicos y de hospital a consecuencia de embarazo, con respecto a parto, mal parto o aborto legal, la Compañía de Seguros reembolsará de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados, el porcentaje convenido, hasta las cantidades límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios y con sujeción a las siguientes disposiciones:
- 1.- Estar inscrita en la Póliza como empleada o cónyuge dependiente, en la categoría con Maternidad.
 - 2.- Que el embarazo inicie durante la vigencia de su cobertura individual ininterrumpida y después de transcurrido el período de espera que aparece en el Cuadro de Beneficios.
 - 3.- Que todos los gastos por Maternidad sean incurridos dentro del territorio de la república de Honduras, incluyendo consultas médicas de control, medicamentos y vitaminas, laboratorio, Rayos X, Ultrasonidos no más del límite que aparece en el Cuadro de Beneficios.
 - 4.- Los honorarios médicos se pagarán conforme a la Tabla de Honorarios de la Compañía de Seguros.
 - 5.- La cobertura se pagará sólo una vez por año, incluyendo alguna de y/o todas las complicaciones relacionadas con un embarazo y hasta los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios.



2.-Durante los primeros 12 meses de vigencia de esta Póliza o del ingreso del asegurado a la misma. No se reconocerán gastos incurridos por (Nuevos Ingresos):

- a) La Septo plastia y Rinoseptoplastia no estética excepto si es necesario efectuar alguna de estas cirugías como consecuencia de un accidente. Las mismas se indemnizaran, siempre y cuando se sometan a la Compañía de Seguros las placas de radiografías que evidencien el trauma más el informe del Radiólogo.
- b) Tratamientos de Hernias, Abdominal, Inguinal, Discal o Lumbar, Diafragmática y otras; Padecimientos Articulares, Incluyendo Artritis de cualquier Etiología.
- c) Toda Enfermedad Grave de la cual tenga o no conocimiento el asegurado (Si el asegurado tiene conocimiento de estas enfermedades deberá reportarlas a la Compañía de Seguros).

Se entiende como Enfermedad Grave: El conjunto de enfermedades que se caracterizan por el alto riesgo en el que ponen la vida y la integridad de la salud de una persona y que además involucran elevados costos de atención y tratamiento así como un requerimiento elevado de especialización médica.

Para efectos de esta Póliza se considerarán **Enfermedades Graves** las siguientes:

1. Enfermedades Cerebro vasculares incluyendo accidentes cerebro vasculares y los respectivos procedimientos neuroquirúrgicos para su tratamiento.



2. Enfermedades Cardiovasculares que incluye: Hipertensión Arterial, infarto agudo al miocardio, cardiopatías y demás enfermedades que requieran de: Cateterismo cardiaco, angioplastias y demás procedimientos de cirugía cardiaca.
3. Cáncer de cualquier tipo, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia.
4. Enfermedades Renales Crónicas incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.
5. Enfermedades Metabólicas o Endocrinológicas como Diabetes, Dislipidemias, Tiroides o de cualquier otra glándula endocrina.
6. Enfermedades Inmunológicas: SIDA.

EXCLUSIONES

Esta póliza no asegura y no se pagarán beneficios por o a causa de las estipulaciones incluidas en EXCLUSIONES en las Condiciones Generales de la Póliza y en los casos siguientes:

- 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, por la utilización de armas nucleares o de destrucción masiva, armas químicas, armas de destrucción biológica.
- 3.- Curas de reposo, cuidado sanitario o en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento.
- 4.- Cirugía plástica excepto a consecuencia de una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado este cubierto bajo el Aditamiento.
- 5.- Exámenes dentales, de rayos X, extracciones, empastes y tratamientos dentales en general, excepto por accidente y extracción de terceras molares impactadas.
- 6.- Reemplazo o ajuste de espejuelos o aparatos auditivos. Anteojos, y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco se cubre queratotomía radiada, queratomielusis y epiqueratofuquía.

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 esta Póliza, sin que haya incurrido en gastos médicos por esa incapacidad aplica solo para nuevos ingresos, continuidad de cobertura para asegurados del grupo inicial.

10.- Maternidad para hijas dependientes

11.- Tratamientos y medicamentos por enfermedades psicológicas tales como depresión, esquizofrenia, stress, trastornos alimenticios, etc., excepto en el caso de requerir hospitalizaciones mayores de 24 horas.

12.- Tratamientos y medicamentos para una incapacidad surgida a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado antes de la fecha efectiva de cobertura aplica solo para nuevos ingresos, continuidad de cobertura para asegurados del grupo inicial.

13.- 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 halla sometido al período de espera establecido para iniciar el embarazo y paguen la cobertura de maternidad.

14.- Control de niño sano, incluyendo vitaminas y las vacunas que aparecen en el Cuadro de Beneficios. Excepto en los casos que esté definido como una cobertura adicional en estas condiciones particulares.

15.- 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 acupunturistas, naturistas, vegetarianos y homeópatas. Así como el tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de hipnotismo.
- Los tratamientos para corregir alteraciones del sueño y aprendizaje.
- Los tratamientos de naturaleza experimental o de investigación.
- Tratamientos en centros SPA e hidro clínicas.
- Tratamientos o medicamentos que no estén autorizados por el Colegio Químico Farmacéutico y la Secretaría de Salud de Honduras.

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

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



- 18.- Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado cubierto bajo compensación obrera o Leyes similares.
- 19.- Lesión o enfermedad causada por la participación en actos terroristas cometidas por razones políticas, religiosas, ideológicas.
- 20.- Trastornos hormonales, suministros, inoculación o inyección de hormonas.
- 21.- Tratamientos cosméticos, excepto cuando 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 por hospitalizaciones en clínicas, ya que no cuentan con la infraestructura necesaria.
- 25.- Gastos por medicamentos o tratamientos que de conformidad con los protocolos médicos generalmente aceptados puedan ser considerados como una duplicidad o en exceso de los necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente.
- 26.- Tratamientos para el control de peso, trastornos del comer o cualquier tratamiento de la obesidad y sus consecuencias.
- 27.- Vitaminas o suplementos dietéticos para aumentar el apetito o para adelgazar, aunque sean recetados por un médico autorizado.
- 28.- Tratamientos y Vacunas preventivas.
- 29.- Tratamientos recibidos sin costo para el asegurado.
- 30.- Cualquier gasto en exceso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados aunque la condición por la que fue incurrido el gasto tenga cobertura por la póliza.
- 31.- Cualquier exceso sobre los límites de cobertura establecidos en las Condiciones Especiales de la póliza.
- 32.- Suicidio o cualquier intento de suicidio sus complicaciones o secuelas independientemente de que el asegurado se encuentre o no en su sano juicio.
- 33.- 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.

- 34.-Por transformación sexual o cambio de sexo de cualquier naturaleza.
- 35.-Tratamientos de enfermedades de transmisión sexual. (Se excluye el SIDA)
- 36.-Terapias de aprendizaje por retraso mental.
- 37.-Gastos por la atención o tratamientos de lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de ebriedad o bajo efectos de droga, 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, siempre y cuando se compruebe fehacientemente, mediante pruebas efectuadas por las autoridades competentes, médicas o legales, que los niveles de alcohol o droga en la sangre fueran iguales o mayores al límite establecido en la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual.
- 38.-Lesiones causadas al asegurado cuando conduzca o viaje como pasajero de un automóvil o cualquier vehículo motor en carreras, pruebas de velocidad, resistencia.
- 39.-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.
- 40.-Lesiones cuyos beneficios sean pagados por una póliza de automóviles, accidentes personales, accidentes de tránsito.
- 41.-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.
- 42.-Tratamientos por síndrome de fatiga crónica.
- 43.- 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 tacones para yeso, zapatos especiales u ortopédicos, cabestrillo, rodilleras, etc.
- 44.-Circuncisiones, excepto en caso de Infecciones Comprobadas.
- 45.-Objetos para el confort personal.
- 46.-El alquiler o compra de implantes, vaporizadores, nebulizadores equipo para ejercicio.
- 47.-Cualquier tratamiento o complicación por la enfermedad de chagas.
- 48.-Tratamiento y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia, andropausia y sus complicaciones y/o



49.-Cualquier enfermedad y/o complicación causada por negligencia del personal médico tratante incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.

50.-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 la Compañía de Seguros.

51.-Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de análisis del pelo o calvicie.

52.-Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el sueño

53.-Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.

54.-Gastos por servicios médicos en que se incurra cuando la póliza no se encuentre vigente o haya sido cancelada.

55.-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.

56.-En los casos de epidemias declaradas por la Secretaría de Salud de la República de Honduras, o bien de la entidad homóloga en algún otro país en el que encontrara el asegurado aunque participara en categoría de cobertura internacional.

57.-Por consultas médicas en casa, excepto si en la Póliza se ha establecido la cobertura a través de un proveedor de servicios de atención médica domiciliaria y siempre sujeto a los límites, términos y condiciones notificadas por la Compañía de Seguros para dichos servicios.

59.- Queda Excluidos los gastos productos de ferias de salud o gastos masivos productos de instalación de proveedores de estos dos servicios.



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

Cláusula Arbitral.- Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionado o indirectamente con este Contrato, ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, se resolverá mediante el procedimiento y arbitraje, de conformidad con el Reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y EL CONTRATANTE, dejan constancia que los demás términos y condiciones de la Póliza se mantienen sin modificación; y firman estas Condiciones Especiales en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central el 07 de Agosto del 2018



Firma Contratante


Firma Autorizada



DEFINICIONES

Cobertura bajo Médico Mayor o Comprensiva:

La Compañía asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) que durante la vigencia de la Póliza sufra o incurra el asegurado principal o sus dependientes asegurados por servicios de atención médica u hospitalaria que hayan recibido, y le indemniza por la misma, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto directamente al asegurado principal o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando utilice la Red de Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios de la Compañía de Seguros. Haciéndose cargo en ambos casos, del porcentaje preestablecido de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo la Póliza, corriendo la diferencia por co-aseguro y gastos no elegibles, a cargo del Asegurado Principal o Contratante.

Médico:

Significa toda persona autorizada legalmente para practicar la medicina, general o especializada que sea graduado de una universidad debidamente acreditada como tal, registrado en el Colegio Médico de Honduras o acreditado con licencia para brindar el tratamiento médico profesional y calificado.

Deducible:

Es el monto que cada asegurado debe cubrir por cuenta propia en un evento, en un período convenido o bien que debe acumular durante el año póliza por razón de gastos elegibles cubiertos.

Después de satisfecho el deducible, la Compañía de Seguros pagará a cada asegurado o dependiente elegible, el porcentaje de reembolso convenido.

Ni el coaseguro, ni el copago, con los que la persona asegurada participe en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el deducible.

Medicinas:

Son las drogas prescritas o administradas al asegurado por un médico debidamente autorizado y que deben ser dispensadas por una droguería y/o farmacia legalmente establecida y autorizada como tal.

Se consideran medicinas aquellas que ya han sido autorizadas por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional y no aplican bajo esta definición las drogas cuando estén en la etapa experimental.

Hospital:

Significa una institución:

1. Autorizada como hospital general y que opere para el cuidado y tratamiento de personas hospitalizadas por enfermedades o lesiones, equipada con un quirófano o sala de operaciones, sala de emergencias, asistencia de enfermeras las 24 horas, servicio de laboratorios, rayos x, etc.

2. Que ofrezca las facilidades para diagnosticar, brindar tratamientos médicos y realizar cirugías.
3. Que opera bajo la supervisión de un equipo médico; y
4. Que esté legalmente acreditado por las autoridades de la zona geográfica donde opere.

El término hospital no incluye clínicas, hoteles, asilos, sanatorios particulares, clínicas de fisioterapia y rehabilitación, casas para convalecientes, lugares para vigilancia, asilos para ancianos, o establecimientos usados principalmente para la reclusión o tratamiento de adictos a drogas o alcohólicos.

Hospitalización:

Es como se conocerá cuando un asegurado este registrado como paciente en un hospital, ordenado por un medico tratante y que incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación, mayor a 24 horas.

Para efectos de esta definición se entenderá que una hospitalización da comienzo cuando el médico tratante consigna en el expediente médico del hospital la orden de ingreso del paciente a la habitación y termina cuando consigna en el expediente médico la orden de salida del paciente de dicha Institución, siempre y cuando sea necesaria para el restablecimiento de la salud del asegurado y sea una condición de salud enfermedad que por su gravedad no puede ser manejada en forma ambulatoria.



Accidente:

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.

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

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 noventa (90) días siguientes a la fecha del Accidente.

