

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 1 de 55

## SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO COLECTIVO CONDICIONES GENERALES

*De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.*

### CLÁUSULA 1: COBERTURA

**El objeto de la presente Póliza es cubrir los gastos por la atención médica hospitalaria originada por un accidente o enfermedad que ocurra dentro de la vigencia de esta Póliza y que, de acuerdo con las presentes Condiciones Generales o sus anexos, sean gastos cubiertos amparados hasta el Monto Máximo Vitalicio contratado, aplicando el periodo de espera, deducible y coaseguro correspondiente por cada Asegurado para cada uno de los padecimientos cubiertos.**

**Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos especificados en la Cláusula “Gastos Médicos Cubiertos”, la Aseguradora reembolsará los gastos usuales y acostumbrados de los mismos sujeto al límite específico del padecimiento y/o gastos según se indique en el cuadro de beneficios que aparece en las Condiciones Particulares, descontando las cantidades a su cargo por concepto de deducible y coaseguro y sujeto al límite máximo vitalicio.**

### GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

**El contrato de seguro contenido en esta Póliza cubre los gastos médicos necesarios para el tratamiento de un padecimiento cubierto los cuales se describen más adelante.**

**Únicamente se cubren los servicios médicos e insumos asociados detallados a continuación, sujeto al deducible, coaseguro y límites establecidos en el Cuadro de Beneficios y las exclusiones que le apliquen según se detallan en esta póliza.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 2 de 55

## **1. Hospitalización**

### ***1.1 Cuarto de Hospital***

**Cuarto privado estándar y alimentos del paciente, hasta el límite establecido en el Cuadro de Beneficios.**

### ***1.2 Habitación en Cuidados Intensivos***

**Máximo de noventa (90) días consecutivos y hasta el límite por habitación establecido en el Cuadro de Beneficios por cada día de hospitalización.**

### ***1.3 Habitación en Unidad Coronaria***

**Máximo de diez (10) días consecutivos y hasta el límite por habitación establecido en el Cuadro de Beneficios por cada día de hospitalización.**

### ***1.4 Cirugía incluyendo honorarios del equipo médico quirúrgico***

**La cantidad que se pague por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos y ayudantes, bajo lo establecido en la Tabla de Honorarios médicos aplicada por la Aseguradora.**

**En cualquier caso, se aplicará como máximo la cantidad señalada para cada operación, y las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios médicos aplicada por la Aseguradora se valuarán por similitud a las comprendidas en él.**

**En caso de una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico se procederá según lo establecido en la Tabla de Honorarios médicos aplicada por la Aseguradora, base de esta Póliza contratada. Los honorarios por consultas médicas postoperatorias quedarán comprendidos en la cantidad pagada por concepto de honorarios quirúrgicos.**

**Los Honorarios profesionales del anesthesiólogo tendrán un máximo del 34% del costo de los honorarios quirúrgicos del cirujano principal.**

**Se reconocerán únicamente los gastos de un cirujano asistente cuyos honorarios no excederán de un máximo del 30% de los honorarios del cirujano principal.**

### ***1.5 Enfermeras***

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 3 de 55

**Honorarios de enfermera general o especial asignada por los roles establecidos en el hospital.**

### ***1.6 Suministros de Hospital***

**Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, equipos médicos, sala de operaciones, sala de recuperación y curación.**

### ***1.7 Exámenes de diagnóstico***

**Se reconocerá el costo de estudios de laboratorio, radiología e imagenología bajo la condición que sean prescritos por un médico especialista y sean médicamente necesarios para diagnosticar o evaluar el estado de salud del Asegurado mientras se encuentre hospitalizado.**

### ***1.8 Oxígeno***

**Gastos originados por uso de oxígeno, dentro de un hospital.**

### ***1.9 Imagenología compleja***

**Se cubrirán los gastos de estudios de imágenes complejas, tales como:**

- **estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)**
- **tomografía computarizada (TC)**
- **tomografía por emisión de positrones (PET)**

**Los estudios deberán ser prescritos por el médico del Asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas. Estos estudios requieren de autorización previa de la Aseguradora.**

## **2. Atención ambulatoria**

### ***2.1 Cirugía Ambulatoria***

**Los gastos en caso de cirugía ambulatoria están cubiertos bajo las mismas condiciones que la cirugía en hospitalización. Para el caso de Cirugía de Cataratas la cobertura incluye el lente intraocular.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 4 de 55

### ***2.2 Visitas o Consultas Médicas***

Los honorarios por visitas o consultas médicas en el hospital o en consultorio cuando el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico que no amerite cirugía, a razón de una diaria con máximo de diez (10) visitas al mes por grupo familiar.

### ***2.3 Exámenes de diagnóstico***

Se reconocerá el costo de estudios de laboratorio, radiología e imagenología bajo la condición que sean prescritos por un médico especialista y sean médicamente necesarios para diagnosticar o evaluar el estado de salud del Asegurado mientras se encuentre hospitalizado.

### ***2.4 Tratamiento de Radiación y Quimioterapia***

Administrada por un médico o por un enfermero o radiólogo bajo la dirección de un médico, para una enfermedad maligna o neoplásica diagnosticada.  
Estos tratamientos requieren de autorización previa de la Aseguradora.

### ***2.5 Medicamentos Fuera del Hospital***

Los adquiridos por el Asegurado fuera del Hospital, necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad y que hayan sido prescritos por los médicos tratantes y se presente la factura de la farmacia y acompañada de la receta original correspondiente. Se cubre un máximo de dos meses de medicamentos bajo todas las circunstancias.

### ***2.6 Imagenología compleja***

Se cubrirán los gastos de estudios de imágenes complejas, tales como:

- Estudios de imagen por resonancia magnética (IRM)
- Tomografía computarizada (TC)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)

Los estudios deberán ser prescritos por el médico del Asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas. Estos estudios requieren de autorización previa de la Aseguradora.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 5 de 55

### **3. Terapias y Tratamiento**

#### **3.1 Rehabilitación**

Estarán cubiertos los gastos de terapia física bajo la condición que sean médicamente requeridos, hasta un máximo de veinte (20) sesiones por padecimiento, a razón de una sesión diaria.

#### **3.2 Transfusiones de sangre**

Están cubiertos los gastos originados por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros u otras sustancias semejantes (excepto análisis de donante).

#### **3.3 Tratamiento de Eventraciones o Hernias**

Sólo las que sean consecuencia de una operación practicada al Asegurado dentro de la vigencia del seguro o bien las que se demuestren que son a consecuencia de un accidente.

### **4. Urgencias**

#### **4.1 Urgencia Accidental Ambulatoria**

En este caso, todos los gastos médicos elegibles efectuados en forma ambulatoria a consecuencia de un accidente, se cubren con aplicación del deducible y coaseguro, hasta los límites establecidos en el cuadro de beneficios, siempre y cuando el tratamiento médico se realice dentro de las 48 horas inmediatas al suceso, de no ser así, la cobertura será la misma que cualquier otro tratamiento ambulatorio que no sea considerado de urgencia. La continuación del tratamiento luego de pasadas las 48 horas se cubrirá de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

#### **4.2 Urgencia por Enfermedad Ambulatoria**

Todo caso con condición médica o quirúrgica aguda de aparición inesperada, súbita, que ponga en riesgo la vida o el bienestar físico del individuo, afectando cualquiera de sus funciones vitales.

**Las siguientes condiciones se considerarán urgencias:**

- **Fracturas y luxaciones**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 6 de 55

- Quemaduras
- Heridas cortantes, corto punzantes, contusa y por armas de fuego
- Hemorragias
- Accidentes físicos y traumáticos
- Envenenamientos
- Cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos
- Embolias y/o trombosis
- Dolor torácico
- Asma bronquial e insuficiencia respiratoria aguda
- Deshidratación moderada- severa por vómito o diarreas
- Dolor abdominal agudo
- Intoxicación aguda
- Convulsiones
- Reacciones febriles continuas en menores de cinco (5) años
- Pérdida del conocimiento u obnubilación
- Infarto del miocardio
- Episodios neurológicos agudos
- Cólico renal y hepático
- Reacciones alérgicas agudas y choque anafiláctico
- Retención aguda de orina
- Crisis hipertensiva

**Los gastos por servicios médicos u hospitalarios de urgencia para tratamiento de accidente o de enfermedades críticas detalladas cuando no se utilicen los proveedores designados en la Red serán reembolsados de acuerdo a los gastos usuales y acostumbrados.**

**Para el tratamiento de urgencias distintas a las detalladas se cubrirá de acuerdo a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 7 de 55

## **5. Trasplantes**

### **5.1 Servicios o Suministros para Trasplantes:**

**Servicios o suministros para o relacionados a procedimientos de trasplante o relacionados con éste, los cuales se cubren estrictamente y exclusivamente para los diagnósticos cubiertos solamente y para los siguientes procedimientos:**

- **Relacionados con:**

- a) Corazón**
- b) Pulmón**
- c) Riñones**
- d) Hígado**

- **Médula ósea autóloga para:**

- a) Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B**
- b) Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B.**
- c) Leucemia no-linfocítica aguda después del primero, segundo relapso.**

- **Médula ósea alogénica para:**

- a) Anemia aplástica.**
- b) Leucemia aguda.**
- c) Inmunodeficiencia combinada severa.**
- d) Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers-Schonberg u Osteopetrosis generalizada).**
- e) Leucemia mielógena crónica (LMC).**
- f) Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.**
- g) Linfoma de no-Hodgkin, Estado III o Estado IV.**

**El Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Aseguradora por adelantado tanto para el procedimiento como para la facilidad donde el trasplante sea realizado.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 8 de 55

**El beneficio máximo para trasplantes será hasta el límite establecido en el cuadro de beneficios siempre y cuando el Asegurado haya estado cubierto por la póliza durante 24 meses de forma continua; los gastos del donante y los de obtención de un órgano o tejido no están cubiertos.**

## **6. Transporte**

### ***6.1 Gastos por servicios de Ambulancia Terrestre***

**Servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el hospital, siempre y cuando sea recomendado por el médico tratante, de acuerdo con lo especificado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza y siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:**

- 1. Se trate de un traslado por emergencia médica,**
- 2. Sean traslados dentro de la República de Honduras siempre y cuando sea médicamente necesario.**

### ***6.2 Gastos por servicios de Ambulancia Aérea***

**A menos que sea imposible movilizar al Asegurado por otro medio, hasta el monto establecido en el cuadro de beneficios de la póliza, por grupo familiar y sujeto a los coaseguros y deducibles establecidos.**

## **7. Cobertura de Continuidad Familiar**

**En caso de fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de la Póliza, los dependientes económicos que se encuentren cubiertos permanecerán asegurados durante el resto de la vigencia de la Póliza, sin costo alguno para el Contratante.**

**Para seguir gozando de los beneficios del Seguro, los Dependientes Económicos del Asegurado fallecido deberán cumplir en todo momento los requisitos de elegibilidad indicados en la Cláusula 20 "Edad y Elegibilidad de Asegurados" de las Condiciones Generales, cesando de inmediato los efectos de esta Cobertura al alcanzar las edades límite establecidas, o en el momento en que el cónyuge sobreviviente o los hijos del Asegurado Titular contraigan matrimonio.**

## **PERIODOS DE ESPERA**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 9 de 55

### **1. Padecimientos y Procedimientos con Período de Espera de 6 meses**

- Las amigdalectomías y/o adenoidectomías
- Amigdalitis
- Cálculos en vesícula y riñón
- Hernias
- Hemorroides
- Rinitis
- Sinusitis
- Asma bronquial
- Hiperreactividad bronquial
- Faringitis
- Prostatitis
- Enfermedades en las mamas
- Enfermedades del aparato reproductivo de la mujer

Incluyendo las complicaciones resultantes de las mismas, que no sean condiciones o padecimientos pre-existentes; tendrán un período de espera de seis (6) meses.

Este periodo de espera no tendrá efecto cuando se renueve la Póliza ininterrumpidamente.

### **2. Padecimientos y Procedimientos con Periodos de Espera de 10 meses**

Durante los primeros diez (10) meses de cobertura, bajo el presente contrato, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura, no se proporcionarán beneficios por maternidad, embarazo y parto, entendiéndose por maternidad el hecho de ser madre (ejemplo huevo muerto retenido, embarazo anembrionario, embarazo extra uterino, embarazo ectópico, aborto, cesárea y partos). Es entendido que la concepción debe darse hasta después de transcurrido el período de espera, si ocurriese antes no se proporcionará dicho beneficio.

En todo caso no se cubren los honorarios médicos pediátricos, al momento de dar a luz; y tampoco gastos por infecciones dentro del hospital del recién nacido, ni los gastos por parto prematuro.

Este periodo de espera no tendrá efecto cuando se renueve la Póliza ininterrumpidamente.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 10 de 55

### **3. Padecimientos y Procedimientos con Periodos de Espera de 12 meses**

- **Fibromas**
- **Del piso perineal**
- **Operaciones del ojo, la nariz y/o senos paranasales serán cubiertos únicamente a consecuencia de un Accidente.**
- **Padecimiento de glándulas mamarias**
- **Fístulas, y fisuras rectales o prolapsos del recto.**
- **Histerectomías**
- **Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores**
- **Enfermedades mentales. Sólo cubierto gastos por hospitalización, siempre y cuando se encuentre mencionada en el Cuadro de Beneficios de la póliza (se excluyen los trastornos alimenticios: Anorexia, Bulimia y sus consecuencias).**
- **Angiografía**
- **Angioplastía.**
- **Condiciones o Padecimientos preexistentes.**

**Este periodo de espera no tendrá efecto cuando se renueve la Póliza ininterrumpidamente.**

### **4. Padecimientos y procedimientos con periodos de espera de 24 meses**

**Las enfermedades graves pre-existentes a la fecha de inscripción de la Póliza tales como:**

- **Diabetes Mellitus**
- **Diálisis Renal**
- **Hipertensión Arterial**
- **Artritis Reumatoidea**
- **Cardiopatías Isquémicas**
- **Lupus Eritematoso**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 11 de 55

- **Leucemias**
- **Cáncer (Están cubiertos los honorarios del médico especialista incluyendo cirugía, exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.)**
- **Enfermedades Cerebrovasculares**

**Tendrán un período de espera de 24 meses y deberán presentar pruebas de asegurabilidad para que la Aseguradora decida cubrirlas o no, luego de transcurrido el período señalado.**

**Este periodo de espera no tendrá efecto cuando se renueve la Póliza ininterrumpidamente, siempre y cuando haya cumplido con el período establecido.**

## **GASTOS MÉDICOS EXCLUIDOS DEL SEGURO, PERO QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO**

### **1. Cobertura Plan Dental**

**La Aseguradora mediante el pago de prima adicional y cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios, bajo las condiciones aquí establecidas, cubre las prestaciones y servicios, para el tratamiento integral de las enfermedades dentales, sólo si son indicadas por un médico (odontólogo) especialista bajo Contrato de Red con la Aseguradora.**

**La cobertura se limita hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios con la aplicación de deducible y coaseguro.**

**Los tratamientos cubiertos son:**

**Fase I. Preventivos (Coaseguro del 20%)**

- Exámenes orales rutinarios, incluyendo diagnósticos, pero no más de dos exámenes al año a la misma persona.**
- Profilaxis, que incluye la limpieza, raspado de dientes, pulimento, pero no más de dos veces al año para una misma persona.**
- Aplicaciones del fluor que se encuentra limitado a niños de 14 años inclusive.**
- Rayos X incluyendo radiografías panorámicas, radiografías con placas sostenidas paralelas a los dientes, dos por un año calendario por pieza dental.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 12 de 55

e) **Pruebas de laboratorio y cualquier otro examen para diagnóstico que sea necesario para determinar un tratamiento específico.**

#### **Fase II. Restaurativo (Coaseguro del 20%)**

- a) **Sostenedores de espacio**
- b) **Tratamiento paliativo de emergencia y extracciones quirúrgicas simples de rutina**
- c) **Cirugía oral**
- d) **Alveolectomia**
- e) **Anestesia necesaria para los tratamientos**
- f) **Inyecciones terapéuticas**
- g) **Restauraciones a través de rellenos de amalgama o resinas.**
- h) **Tratamientos de endodoncia**
- i) **Periodontología.**

#### **Fase III. Restaurativos mayores (Coaseguro del 50%)**

- a) **Incrustaciones**
- b) **Calzas**
- c) **Coronas**
- d) **Prótesis, incluyendo puentes y dentaduras necesarias**
- e) **Reparación de dentaduras y puentes.**

#### **Exclusiones**

- **Dentaduras, coronas, carillas, incrustaciones, cuñas, puentes, y cualquier tipo de accesorios cuyo propósito sea incrementar las dimensiones de las piezas dentales.**
- **Servicios dentales con propósito cosmetológicos, corrección de dientes mal alineados y mal posicionados (frenillos metálicos o estéticos)**
- **Sustitución de diente extraído antes del periodo de vigencia de la Póliza.**
- **Correcciones de dentaduras, puentes dentro de los seis (6) meses siguientes a su colocación.**
- **Protectores bucales atléticos**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 13 de 55

- **Servicios o suministros de materiales que han sido obtenidos por el Asegurado sin ningún costo, como ser por vía de planes públicos del Gobierno o servicios contratados por la compañía para la cual trabaja.**
- **Gastos dentales incurridos en los primeros sesenta (60) días de la contratación de esta cobertura y/o del alta del Asegurado en la Póliza.**

**Todos los gastos dentales relacionados con la implantología, incluyendo tratamientos previos y prostodoncia.**

- **Los tratamientos dentales en clínicas fuera de la red se indemnizarán únicamente vía reembolso.**

## **2. Cobertura Plan Oftalmológico**

**Mediante el pago de prima adicional correspondiente, cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios y con sujeción a las condiciones estipuladas, esta Póliza se extiende a cubrir lo siguiente:**

### **2.1 Cobertura de corrección de vista**

**En caso de contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierto por intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de miopía, hipermetropía y astigmatismo, siempre que el Asegurado tenga más de cinco dioptrías en al menos un ojo y se cuente con una segunda opinión médica, apoyada en un estudio de paquimetría, topometría y autorefractómetro.**

**La cobertura se limita hasta los gastos usuales y acostumbrados con la aplicación de deducible y coaseguro.**

### **2.2 Cobertura de lentes**

**Los gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los relacionados con la prescripción de anteojos derivados de una patología de la visión a consecuencia de un padecimiento y que en forma enunciativa se refieren a defectos de refracción como presbicia, de miopía, hipermetropía y astigmatismo.**

**Este beneficio adicional y los servicios derivados de éste, serán otorgados por la Aseguradora a través de la empresa articuladora de servicios de visión que aparece en la Póliza y con la cual la Aseguradora ha celebrado un contrato.**

**Los gastos cubiertos serán:**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 14 de 55

1. **Modelo de armazón (Oftálmico); no incluye armazón de tres piezas.**
2. **Micas blancas CR 39 (sin tratamiento, sencilla o bifocal Flat Top)**
3. **Lentes de contacto suaves.**
4. **Se tiene derecho a un par de anteojos o lentes de contacto una vez al año póliza.**

La cobertura se limita hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios con la aplicación de deducible y coaseguro.

### 2.3 Exclusiones

- a) Los gastos erogados a consecuencia de tratamientos que no se encuentren señalados en el primer párrafo de esta cobertura, así como cualquier servicio que se hayan practicado por proveedores diferentes a los establecidos por la Aseguradora.
- b) Todo tipo de gastos de naturaleza exclusivamente preventiva.
- c) Los gastos de examen de la vista y optometrista, ni los de líquidos, estuches, u otro equipo que resulte necesario para el uso de pupilentes y lentes de contacto.
- d) Anteojos de seguridad, aros y anteojos solares.
- e) No se cubren lentes sin prescripción médica.
- f) Los tratamientos oftalmológicos en hospitales y clínicas fuera de la red se indemnizarán únicamente vía reembolso.

### 3. Cobertura Embarazo y Parto

Cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios la Aseguradora conviene en cubrir los gastos incurridos por concepto de parto normal, cesárea (prescrita medicamento), o legrado uterino por aborto espontaneo, hasta por el monto estipulado con la aplicación del deducible y coaseguro.

Esta cobertura se otorga para la Asegurada Titular o para el cónyuge del Asegurado Titular.

Esta cobertura solo opera en el territorio nacional y en caso que el parto sea en el extranjero se indemnizará de acuerdo con la Tabla de Honorarios Médicos Aplicada por la Aseguradora.

Para las siguientes complicaciones de embarazo quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 15 de 55

1. **Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (preeclampsia o eclampsia).**
2. **Fiebre puerperal.**
3. **Placenta previa.**
4. **Placenta acreta, increta y percreta.**
5. **Hiperémesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria.**
6. **Embarazo extrauterino.**
7. **Embarazo molar.**

**Esta Cobertura no ampara lo siguiente:**

1. **Abortos voluntarios, provocados o inducidos.**
2. **Tratamiento de fertilidad, incluyendo el cuidado pre y pos-natal y el alumbramiento a consecuencia de los mismos (embarazo múltiple)**
3. **Intervenciones quirúrgicas para el control de natalidad y/o esterilización**
4. **Embarazos de hijas dependientes**

#### **4. Cobertura de salud mental durante la hospitalización**

**Cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios y con sujeción a las condiciones estipuladas, esta Póliza se extiende a cubrir lo siguiente:**

**Los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico, siempre y cuando sea médicamente necesario y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital. Cualquier tratamiento psiquiátrico cuando el Asegurado esté hospitalizado durante cinco (5) días o más requiere de autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.**

#### **5. Cobertura Renta de Aparatos Ortopédicos**

**Cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios y con sujeción a las condiciones estipuladas, esta Póliza se extiende a cubrir lo siguiente:**

- **Aparatos Ortopédicos:**

**Quedará cubierta la renta de aparatos ortopédicos, independientemente de su pre-existencia en el momento de la contratación del Seguro.**

- **De Prótesis:**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 16 de 55

**Quedará cubierta la renta o adquisición de prótesis y endoprótesis que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:**

- 1. Que haya sido prescrito por el médico tratante.**
- 2. Haya valoración previa sobre la renta o adquisición de estas prótesis o endoprótesis por parte de la Aseguradora.**
- 3. No haya erogado gastos por la renta o adquisición de estas prótesis o endoprótesis a la fecha de inicio de la cobertura de esta Póliza.**

Si se cumple con lo anterior, la renta o adquisición de prótesis ortopédicas o endoprótesis, mamarias (sólo en cáncer), globo ocular, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis que se requieran a causa de accidente y/o enfermedad cubierto, estarán cubiertas bajo las condiciones contratadas con el límite establecido en el cuadro de beneficios de esta Póliza.

#### **EXCLUSIONES:**

- o **No se erogar n gastos en caso de pre-existencia sobre esta cobertura**
- o **Quedará excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del accidente y/o enfermedad.**
- o **Quedará excluido cualquier aparato experimental o de duración limitada para la enfermedad.**

#### **6. Cobertura de Cuidado Crítico Neonatal**

Cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios, esta cobertura se limita hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios con la aplicación de deducible y coaseguro, siempre y cuando la madre haya pasado el periodo de espera correspondiente y tenga la cobertura de embarazo y parto.

La cobertura se encuentra sujeta a las siguientes condiciones:

- 1. Enfermedades contraídas al momento de nacer.**
- 2. Defectos congénitos que requieran cirugía o tratamientos especiales.**
- 3. Parto prematuro.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 17 de 55

**El límite indicado en el cuadro de beneficios representa la cantidad máxima (sujeto a coaseguro y deducible) a cubrir por las condiciones arriba detalladas, el recién nacido podrá ser elegible a la cobertura de gastos médicos a partir del día 10 de su nacimiento previa presentación de pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora.**

**Los gastos médicos pagados por cuidado crítico neonatal serán disminuidos del monto máximo vitalicio del recién nacido siempre que sea elegible e incluido a la póliza, de lo contrario, dichos gastos serán disminuidos del monto máximo vitalicio de la madre.**

#### **7. Cobertura de Padecimientos y Malformaciones Congénitas**

**Cuando aparezca en el Cuadro de Beneficios, con sujeción a las condiciones estipuladas y cuando cumplan con las siguientes características:**

- 1. El Asegurado sea mayor de doce (12) años de edad y que el padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de esta Póliza ó no lo haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.**
- 2. No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de esta Póliza, y**
- 3. No se hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de esta Póliza.**

**Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas.**

---

## **CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES**

---

### **Tipos de Exclusiones**

**Las exclusiones generales aplican a todos los Asegurados incluidos en la póliza. La Aseguradora**

**además de las exclusiones generales que se indican a continuación, podrá aplicar exclusiones específicas a cada uno de los Asegurados según el estado de salud al momento de la contratación de la póliza.**

### **Exclusiones Generales**

#### **1. Preexistencias y complicaciones de padecimientos sin cobertura**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 18 de 55

- a. **Cualquier tratamiento que se encuentre sujeto a un periodo de espera o preexistencia, el cual no haya expirado.**
- b. **Cualquier enfermedad preexistente y no declarada en la solicitud, aunque haya pasado el periodo de espera o preexistencia estipulado en la póliza, la omisión de información en la solicitud de seguros le da el derecho a la Aseguradora a restringir los beneficios o cancelar la póliza del Asegurado.**
- c. **Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertas por esta Póliza.**

## **2. Padecimientos no cubiertos**

- a. **Enfermedades o anomalías congénitas, defectos adquiridos, malformaciones; o las condiciones que provienen como resultado de éstas; excepto lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.**
- b. **Tratamientos de enfermedades venéreas, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el virus del papiloma humano.**
- c. **Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica por disfunción sexual, impotencia o insuficiencia sexual, transformación sexual o gastos por cambio de sexo, cualquier complicación con el medicamento Sildenafil u otro similar.**
- d. **Tratamiento, asesoramiento y/o internamiento por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, o cualquier otro tipo de estupefaciente; además las consecuencias en el organismo del alcoholismo o drogadicción (Eje: Cirrosis alcohólica, sangrados digestivos, etc).**
- e. **Cargos incurridos por tratamientos relacionados con el SIDA, enfermedades por consecuencia del virus, o complicaciones ocasionadas por éste.**
- f. **Cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas, o cualquier complicación resultante de la misma.**
- g. **Cualquier tratamiento o cualquier complicación resultante, durante o después del tratamiento de cualquier enfermedad o lesión que esté excluido bajo el presente contrato.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 19 de 55

- h. Circuncisiones; por cualquier causa.**
- i. Tratamiento por Síndrome de Fatiga Crónica, incluyendo, pero no limitado a exámenes de diagnóstico.**
- j. El cuidado de los pies, que comprende el tratamiento de callos, callosidades, pie plano, arcos débiles, deformaciones congénitas de los pies, hallux valgus o juanetes, uñas encarnadas, o dolores sintomáticos de los pies y cualquier tipo de piezas para insertar en los zapatos.**
- k. Tratamiento y medicamentos del síndrome de climaterio, menopausia y andropausia y sus complicaciones.**
- l. Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por accidente.**
- m. Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionada por accidente.**
- n. Cuidado y tratamiento de la caída del pelo o alopecia, incluyendo pelucas, trasplante de pelo o cualquier medicamento que prometa el crecimiento del cabello, sea que lo prescriba un médico o no.**
- o. Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad mental, desorden mental o nervioso; enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis.**
- p. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño y roncopatías.**
- q. Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, trastornos de la conducta, educación para la salud, déficit de atención, autismo, retraso psicomotor, orientación matrimonial, retraso de lenguaje, hiperkinesis o hiperactivismo. Estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias.**
- r. Servicios o tratamiento para aumento o disminución de peso, control de obesidad, programas para reducción de peso, dietas, inyecciones, medicinas o cirugía de algún tipo con estos propósitos.**
- s. Gastos por tratamiento de síndrome de deficiencia de la hormona de crecimiento.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 20 de 55

- t. **Gastos por trastornos hormonales, suministros de hormonas, anticonceptivos, inoculación o inyección de hormonas.**
  - u. **Tratamiento quirúrgico de tabique nasal por cualquier causa excepto por accidente cubierto y ocurrido dentro de la vigencia del seguro.**
- 3. Gastos por Servicios e Insumos no cubiertos**
- a. **Servicios, suministros o tratamientos médicos, incluyendo períodos de hospitalización que no hayan sido recomendados o aprobados como médicamente necesarios o recetados por un médico.**
  - b. **El alquiler o compra de prótesis y/o implantes, a menos que éstos sean requeridos como consecuencia de accidente cubierto en esta Póliza.**
  - c. **El alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, nebulizadores, equipo para ejercicios y/o equipo médico durable o artefactos similares.**
  - d. **Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de una persona que padezca de una enfermedad grave.**
  - e. **Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico quirúrgico realizado por quiroprácticos, acupunturistas y naturistas.**
  - f. **Terapia vocacional, recreacional, del lenguaje o música terapia.**
  - g. **Cuidados quiroprácticos, medicina holística, medicina homeopática, medicina natural, ozonoterapia, proloterapia y terapia celular.**
  - h. **Por tratamientos o enfermedades causadas por negligencia del personal médico tratante incluyendo las enfermedades y complicaciones derivadas de la mala praxis médica.**
  - i. **Tratamientos y suministro de dientes y dentaduras postizas y suministro de aparatos auditivos.**
  - j. **Cualquier servicio, tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que tenga relación con la medicina natural.**
  - k. **Gastos personales del Asegurado o de los acompañantes.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 21 de 55

- l. La emisión de certificados médicos y declaraciones médicas.**
  - m. El reembolso de fotocopias, impuestos y cualquier otro gasto no cubierto.**
  - n. Objetos para el confort personal, tales como aparatos de radio, televisión, internet, servicios de peluquería o belleza.**
  - o. Gastos que no son de naturaleza médica.**
  - p. Cualquier tratamiento, medicamento, procedimiento con fines cosméticos, incluyendo todo lo relacionado con acné, vitíligo, verrugas vulgares, queratosis seborreica, filtros solares, nevos y/o lunares exceptuando los que conforme diagnóstico sean de tipo u origen cancerígeno.**
  - q. Gastos por tratamientos que no sean médicamente necesarios.**
  - r. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica o cosmética de cualquier tipo; excepto la cirugía reconstructiva como consecuencia de un accidente cubierto, debidamente comprobado, ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y que dicho procedimiento se realice dentro de los noventa (90) días siguientes a partir de la ocurrencia del accidente.**
  - s. Gastos incurridos por cirugías o tratamientos con propósitos experimentales, de investigación o con beneficios inciertos para el paciente.**
- 4. Lesiones y Padecimientos en circunstancias específicas:**
- a. Pandemias y Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de salud.**
  - b. Lesiones originadas como consecuencia directa o indirecta, próxima o remota ocasionada por la colaboración, participación o intervención en: guerra, invasión, acto de hostilidad, operación bélica (en estado de guerra declarada o no), o guerra civil, motín, disturbio, huelga, sublevación militar o civil, rebelión, revolución o toma militar del poder, cualquier acto personal o en representación o conexión con alguna organización con actividades directas para derrocar por la fuerza, el gobierno o apoyar la influencia de terrorismo o violencia; explosión de armas de guerra, utilización de armas biológicas,**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 22 de 55

**químicas o de destrucción masiva. Para propósitos de esta exclusión se aplican las siguientes definiciones:**

- a. Actividad terrorista: acto o acto(s) de persona(s) o grupos de personas, cometidos por razones políticas, religiosas, ideológicas o con propósitos similares con la intención de influenciar cualquier gobierno o de poner al público o cualquier sección del público en temor. Actos terroristas puede incluir, pero no limitar a, el uso de fuerza o violencia y/o la amenaza del uso de éstas. Además, los perpetradores o terroristas pueden actuar solos o en nombre de cualquier organización y/o gobierno o en conexión con los mismos.**
  - b. Utilización de Armas Nucleares o de destrucción masiva significa el uso de cualquier arma explosiva nuclear, o cualquier aparato de emisión, descarga, flujo o escape de material radioactivo, emitiendo niveles de radioactividad capaces de causar incapacidad o muerte a personas y animales.**
  - c. Utilización de armas químicas de destrucción masiva significa el uso de cualquier aparato de emisión, descarga, flujo o escape de material sólido, líquido o gaseoso químico cuya composición es capaz de causar incapacidad o muerte a personas y animales.**
  - d. Utilización de armas de destrucción biológicas significa la emisión, descarga, flujo o escape de cualquier patógeno (enfermedades producidas) micro-organismo y/o toxinas biológicas producidas (incluyendo organismos genéticos modificados y toxinas químicas sintetizadas) que son capaces de causar incapacidad o muerte a personas y animales.**
- c. Lesiones originadas por participar de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares.**
- d. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave del mismo que ocurran bajo la influencia o incapacidad total o parcial; por efectos de intoxicación de alcohol o drogas, distintas a aquellas tomadas por tratamiento prescrito por un médico, debido a una condición cubierta por esta Póliza; pero no por tratamientos de adicción de drogas.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 23 de 55

- e. **Gastos por lesiones o enfermedades intencionales o auto inducidas.**
  - f. **Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
  - g. **Lesiones originadas en riñas o pleitos en que el Asegurado participe directamente; así mismo las que resulten de la violación de cualquier ley o en la comisión de algún delito o el involucramiento del Asegurado en cualquier situación ilegal o en un delito mayor; incluyendo cualquier enfrentamiento o desobediencia a las autoridades del orden público y las violaciones graves a la Ley de Tránsito o en actos delictivos intencionales en donde participe directamente el Asegurado.**
  - h. **Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de las prácticas de alpinismo donde guías o cuerdas sean normalmente utilizadas, jaripeo, esquí, tauromaquia, salto con bungee, canopy, equitación, buceo con aparatos de respiración bajo el agua, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.**
  - i. **Lesiones ocurridas durante la práctica profesional de cualquier deporte y en forma adicional por la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos, tales como: buceo, montañismo, artes marciales, box y motociclismo terrestre o acuático.**
  - j. **Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.**
  - k. **Uso de motocicletas y/o motonetas.**
  - l. **Lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como mecánico o tripulación en cualquier aeronave.**
- 5. Exclusiones relacionadas con tratamientos dentales**
- a. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilofaciales (servicio o suministro médicos o dentales, gastos para los tratamientos de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporo-mandibular (TMJ), desórdenes cráneo mandibulares, u otras condiciones de la coyuntura que conecta el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo muscular, los nervios y otros tejidos relacionados con dicha coyuntura), excepto**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 24 de 55

los que acontezcan a consecuencia de un accidente cubierto y avisado a la Aseguradora en las 48 horas siguientes al evento que le dio origen, sólo se cubren lesiones en piezas naturales y que se presenten radiografías post- traumáticas. La omisión de este aviso exime a la Aseguradora de cualquier responsabilidad.

b. Tratamientos y cuidados dentales excepto aquellos rendidos a los dientes sanos originales como consecuencia de un accidente, tratamientos dentales de rutina. Exceptuando los casos en que la cobertura se encuentre mencionada en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### 6. Exclusiones relacionadas con tratamientos preventivos

- a. Cualquier gasto médico cuando no exista indicación objetiva de perjuicio de la salud o exámenes de laboratorio o radiológicos, excepto aquellos realizados en el curso de una incapacidad establecida previamente por la consulta de un médico.
- b. Cualesquiera observaciones médicas, exámenes o estudios de diagnóstico que sean parte de un examen físico de rutina o control de la salud, se agregan a esta exclusión:
  - ✓ Comprobación del estado de salud, conocidas como chequeo o check-up.
  - ✓ Cualquier tratamiento preventivo, vacunas, inmunoreguladores e inmunoterapia.
- c. Exámenes rutinarios de la vista, oídos, servicios de optometrista y la prescripción de lentes correctivos o refracción de los ojos, como: tratamiento quirúrgico para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radial y queratoplastia para queratoconos y/o cualquier otra deformidad de la córnea. Los anteojos, lentes de contacto, así como sus respectivas pruebas de ajuste.
- d. Vitaminas, minerales, aminoácidos y suplementos alimenticios de cualquier tipo.
- e. Agentes biológicos, modificadores de la respuesta biológica o inhibidores del factor de necrosis tumoral; exceptuando en los casos en que se compruebe y documente que el tratamiento convencional es refractario. Para lo anterior, se requiere de autorización previa de parte de la Aseguradora.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 25 de 55

## **7. Exclusiones relacionadas con fertilidad, embarazo, parto y recién nacido**

- a. Gastos de embarazo incurridos por una hija dependiente.**
- b. Cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de la natalidad y sus complicaciones.**
- c. Atención de recién nacidos sanos (sala cuna, incubadora, honorarios del pediatra, entre otros).**
- d. Drogas, tratamientos o procedimientos que prevén o promueven la concepción o nacimiento de un niño, incluyendo, pero no limitando inseminación artificial, impotencia, esterilización, infertilidad, reversión de esterilización o aborto, cuando este último sea provocado por causas distintas a la conservación de la salud o la vida de la madre.**
- e. Pruebas de tamizaje**

## **8. Relacionados con los prestadores de servicios**

- a. Gastos médicos y sus complicaciones derivadas de tratamientos realizados por médicos que no estén debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública, por su respectivo Colegio, Sociedad o Asociación Médica para practicar tratamientos o procedimientos especializados.**
- b. Cualquier servicio o suministro por el cual el Asegurado no tuvo obligación legal de pagar, o por el cual no se deberá de pagar nada si el Asegurado no tuviera seguro médico.**
- c. Servicios o suministros médicos, realizados o proveídos cuando el médico sea el mismo Asegurado o por un familiar del Asegurado (padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, cuñados, o primos en primer grado).**
- d. Tratamientos en centros de spa, hidroclínicas y clínicas de estética entre otras.**
- e. Tratamientos mientras se encuentra internado para recibir primeramente rehabilitación o servicios de enfermería; en un establecimiento de rehabilitación, hospicio, cuidados residenciales, clínica para la pérdida de peso, sanatorio, asilo de ancianos, geriátricos u otros establecimientos.**

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 26 de 55

- f. **Los gastos incurridos en ferias de salud o gastos masivos producto de la instalación de proveedores de estos dos servicios.**

#### **9. Exclusión de gastos en exceso, gastos presentados tardíamente, gastos cubiertos por otros seguros y servicios médicos recibidos sin costo**

- a. **Gastos por enfermedad o accidente que no sean presentados a la Aseguradora para su pago dentro de los seis (6) meses siguientes al incidente o servicio médico que lo generó.**
- b. **Gastos por tratamientos que excedan de lo establecido en la Tabla de Honorarios médicos aplicada por la Aseguradora.**
- c. **Gastos presentados después de un mes de la fecha de finalización del contrato de seguro o fecha de baja del Asegurado de la póliza.**
- d. **Lesiones cuyos beneficios sean pagados por una póliza de seguros de automóviles, o por un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.**
- e. **Gastos por tratamientos recibidos sin costo para el Asegurado.**
- f. **Tratamientos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno bien sea estatal, provincial, municipal o cualquier subdirección política de éstas, excepto cuando el Asegurado tenga que pagar una parte de ellos, cuando el referido hospital no cuente con los mismos o en caso de internamiento en hospital en el cual no se le exija pagar por cualquier servicio o asistencia médica.**
- g. **Servicios, suministros o tratamientos que excedan los gastos usuales y acostumbrados.**

#### **10. Otras Exclusiones**

- a. **No se cubre la responsabilidad civil o penal o de cualquier otro de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio médico.**
- b. **Consultas telefónicas o inasistencias a las citas concertadas.**
- c. **La Aseguradora no asume ninguna responsabilidad por gastos ocasionados por enfermedades o accidentes para los cónyuges y dependientes de los Asegurados por los cuales exista responsabilidad patronal (Riesgos Profesionales).**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 27 de 55

---

### CLÁUSULA 3: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

---

El contrato de seguro queda constituido por las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a la Aseguradora en las Condiciones Generales, Solicitud de Seguro, las Condiciones Particulares, las solicitudes de inscripción de Asegurados, los endosos que lleve anexos y el registro de Asegurados constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlántida S.A. Este contrato estará vigente durante el periodo pactado que aparece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

La Aseguradora emitirá un carnet de seguro para cada afiliado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al seguro. Los carnets serán entregados a los afiliados por intermedio del Contratante, pero no forman parte del contrato.

---

### CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

---

Con el fin de interpretar las Condiciones Generales y Particulares; estipuladas en esta Póliza a continuación se precisan las siguientes definiciones:

**ASEGURADO:** Persona natural amparada bajo este contrato por las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de la póliza y que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Aseguradora. Asimismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este contrato de seguro, además de firmar como responsable en la solicitud.

**ASEGURADO TITULAR:** Es la persona para la cual en primera instancia se solicita la cobertura y que pertenece a la colectividad asegurada o Grupo Asegurado y que ha sido aceptada por escrito por parte de la Aseguradora.

**ACCIDENTE:** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

**ACCIDENTE CUBIERTO:** Quedará cubierta toda lesión corporal sufrida por el Asegurado a consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de esta Póliza, siempre y cuando la

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 28 de 55

atención médica sea dentro de los primeros treinta (30) días de ocurrido el accidente, fuera de este período se considerará como enfermedad.

Son materia de esta Póliza sólo los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

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

No se consideran como accidente cubierto las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado o sus dependientes económicos y los expresamente excluidos en esta Póliza.

**APROBADO O APROBACIÓN:** Significa la determinación final de la Aseguradora de emitir cobertura con Cláusula Exclusionaria o sin ella o con incrementos en la prima, al Asegurado Titular, después de haber recibido la solicitud y toda la información requerida.

**APARATOS ORTOPÉDICOS:** Son aquellos aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren un padecimiento cubierto o se encuentran en el período de recuperación de la salud (muletas, andaderas, camas ortopédicas, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros).

**ASEGURADORA:** Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente Póliza.

**CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Se refiere a un procedimiento de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión por una operación manual o con instrumentos realizado por un médico mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general.

**CLAUSULA EXCLUSIONARIA:** Se refiere a la aceptación del Asegurado por parte de la Aseguradora con la exclusión de ciertos gastos ocasionados por condiciones médicas establecidas.

**CLÍNICA:** Centro de atención médica ambulatoria para determinadas enfermedades.

**COASEGURO:** Es la cantidad que resulta de aplicar un porcentaje convenido al total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible, el cual quedará a cargo del Asegurado.

**COLECTIVIDAD ASEGURADA O GRUPO ASEGURADO:** Está constituido por todas las personas que reúnen todos los requisitos legales y de asegurabilidad amparados por este contrato.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 29 de 55

Cuando la prima es no contributiva, es decir que los miembros del grupo no aportan para cubrir la prima, el Grupo Asegurado deberá estar formado por la totalidad del Grupo Asegurable.

Cuando la prima es contributiva debe asegurarse como mínimo el 75% del grupo asegurable para grupos menores de 50 personas, y 60% para grupos mayores a 50 personas.

En ningún caso el Grupo Asegurado debe estar formado por menos de 10 personas, salvo convenio expreso con la Aseguradora.

**CONDICIONES GENERALES:** Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan el contrato de seguros, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones de las partes contratantes.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguros, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante y Asegurado, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles.

**CONDICIONES O PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES:** El término "Condición Pre-existente" se refiere:

1. Una condición o padecimiento que ha causado que la persona busque consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento antes de la fecha efectiva de inscripción de la colectividad asegurada o Grupo Asegurado.
2. Una condición o padecimiento por la cual consejo médico, diagnóstico, cuidado o tratamiento fue recomendado o recibido antes de la fecha efectiva de inscripción de la colectividad asegurada o Grupo Asegurado.
3. Los síntomas manifestados antes de la fecha efectiva de inscripción en la colectividad asegurada o Grupo Asegurado y que le hubiera permitido a un médico hacer un diagnóstico de la condición que produjo los síntomas.
4. Una condición que se manifieste antes de la fecha de vigencia inicial de cada Asegurado.
5. Cualquier enfermedad o padecimiento que el Asegurado tuviera antes de entrar en vigencia esta Póliza y que tenga o no conocimiento de ello.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 30 de 55

**CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su propia naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Puede concurrir en el CONTRATANTE la figura de ASEGURADO y BENEFICIARIO del seguro.

**COPAGO:** Cantidad previamente establecida que el Asegurado deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los copagos a cubrir por el Asegurado aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**CUADRO DE BENEFICIOS:** Es el listado de servicios y procedimientos que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifican en detalle todos los beneficios contratados por el Asegurado. El Cuadro de Beneficios contiene el monto máximo por beneficio, el correspondiente copago, coaseguro, deducible y limitaciones según sea aplicable.

**DEDUCIBLE:** Es la suma establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza a cargo del Asegurado o sus dependientes por los primeros gastos cubiertos, el cual se aplicará una vez al año póliza para cada miembro del Grupo Familiar. En caso de un accidente común, en el cual más de un miembro de los familiares sufra lesiones solamente se aplicará un deducible. El anterior límite solo es aplicable a gastos dentro de Centroamérica; el deducible por gastos en el extranjero será aplicado por evento.

**DEPENDIENTE(S) ECONÓMICO(S):** Se considerará(n) dependiente(s) a los siguientes miembros familiares del Asegurado que vivan con él y siempre y cuando dependan económicamente del mismo y su dependencia sea probada a satisfacción de la Aseguradora, como ser:

- El cónyuge legal o de hecho de un empleado Asegurado, que esté reconocido como tal en los archivos del Contratante.
- Los hijos solteros de un empleado, hijos e hijastros legalmente adoptados que sean mayores de 10 días y menores de 19 años de edad que vivan en el hogar del Asegurado Titular o hasta el cumplimiento de 23 años de edad a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el Asegurado Titular y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del empleado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del Contratante.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 31 de 55

Se entiende por estudiante a tiempo completo a la persona registrada en una institución educativa acreditada cursando por lo menos 6 horas diarias de estudio, presentando su respectiva constancia de estudio.

**EMERGENCIA:** Se refiere a una condición médica manifestada con síntomas agudos los cuales pueden resultar en riesgo de la vida o daño a alguna parte del cuerpo del Asegurado si no es recibida la atención médica en las próximas 24 horas.

**ENDOSO:** Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las Condiciones Generales del contrato, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

**ENFERMEDAD CUBIERTA:** Es toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando la enfermedad se origine dentro del período de vigencia de la Póliza; excepto las específicamente excluidas.

**ENFERMEDAD MENTAL:** Se refiere a desórdenes mentales, emocionales o psiquiátricos o condiciones (de origen orgánico, inorgánico, biológico o no, genético, químico o no). Desórdenes mentales o nerviosos incluyen, pero no limitan a psicosis, enfermedad bipolar, desórdenes neuróticos, afectivos o de personalidad, anormalidades de comportamiento o psicológico, asociados con mal funcionamiento del cerebro o del sistema neuro-hormonal.

**EVENTO:** Toda enfermedad, accidente o tratamiento médico por los cuales se incurran gastos elegibles y cubiertos bajo la Póliza y que sean incurridos en un período de 90 días, contados a partir de la fecha en que se incurrió el primer gasto. Si los gastos por un mismo evento exceden los 90 días establecidos, dichos gastos serán considerados como un evento diferente.

**EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICO:** Se refiere a los siguientes exámenes, los cuales requieren pre-certificación ante la Aseguradora, caso contrario, se aplicará una penalización del 50% del valor a reembolsar.

- Arteriografías Cerebrales
- Centellogramas
- Cisternografías
- Muga de Esfuerzo
- Muga en Reposo

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 32 de 55

- Estudios con Tallium
- Cariotipo en líquido Amniótico
- Tomografía Axial Computarizada (TAC)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Pruebas cutáneas de alergia
- Electromiograma
- Estudios Vasculares No Invasivos
- Prueba de Esfuerzo
- Pruebas de Urodinamia
- Holter
- Endoscopías Digestivas
- Imagen de Resonancia Magnética (I.R.M.)
- Pruebas Nucleares
- Electroencefalograma de 24 horas
- Procedimientos Cardiovasculares Invasivos
- Sonografía
- Ecocardiograma

**EXPERIMENTAL / EXPLORATORIO:** Se refiere a tratamiento, drogas, aparatos, procedimientos, suministros o servicios (o una porción incluyendo la forma, administración o dosis) de un diagnóstico particular o condición cuando una de las siguientes situaciones se presente:

- El tratamiento, drogas, aparatos, procedimiento, suministro o servicio que se encuentren en prueba clínica o fase I-II o III del proceso.
- El tratamiento, drogas, aparatos, procedimiento, suministro o servicio que no han sido totalmente aprobados o reconocidos por la agencia gubernamental pertinente o la organización profesional tal como The National Cancer Institute or Food & Drug Administration (denominación en inglés) o que sus beneficios sean inciertos para el paciente.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 33 de 55

- Los resultados no han sido probados en procesos clínicos y publicados, para ser revisados, en publicaciones médicas en inglés y español, probando la seguridad y eficacia del tratamiento a corto y largo plazo.
- Tratamiento, drogas, aparatos, procedimiento, suministro o servicio que no son generalmente aceptados como práctica médica en el país o ciudad de residencia del Asegurado o aceptados por la comunidad médica por referencia de una de las siguientes: revisión de literatura médica en inglés o español, consulta con otros médicos, compendio médico, The American Medical Association, u otra organización profesional o agencia gubernamental.
- Tratamiento, drogas, aparatos, procedimiento, suministro descrito como experimental, exploratorio, en estudio o que necesiten del consentimiento o autorización del Asegurado o alguien actuando en nombre del Asegurado a través de firma.

**GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS:** Costo o valor en dinero que para efectos de este contrato tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico que en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instalaciones donde es prestado el servicio médico, equipo médico hospitalario, las circunstancias de tiempo, lugar y costo de utilización, no exceden del costo o valor promedio que se maneja en el mercado donde es brindado ese tipo de servicio o suministro médico.

Los honorarios médicos serán cancelados con base a la tabla de Honorarios Médicos aplicada por la Aseguradora.

Por lo tanto, el monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta Póliza, no podrán exceder, para Médicos y Hospitales con los que se tenga convenio.

**HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado que este legalmente autorizado y registrado ante el organismo competente, que reúna las condiciones exigidas para ofrecer tratamiento médico a las personas enfermas o lesionadas por lo cual gastos son generados y que el Asegurado sería obligado a pagar en ausencia del seguro.

Se refiere a un lugar que:

1. Ofrece cuidado y tratamiento médico, diagnóstico y facilidades para cirugías.
2. Ofrece 24 horas de servicio de enfermería bajo la supervisión de una enfermera registrada a tiempo completo.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 34 de 55

3. Opera bajo la supervisión de un equipo de uno o más médicos. Hospital también se refiere a un lugar acreditado como tal por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud del Gobierno de la República de Honduras.

No califican como Hospital:

- Geriátricos, clínicas de reposo, clínicas de atención primaria, asilos, spa o clínica para convalecencia.
- Un lugar que ofrezca principalmente cuidados de custodia, educacionales o de rehabilitación; o
- Un lugar usado principalmente para el tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

**HOSPITALIZACIÓN:** Es como se conocerá cuando una persona esté registrada como paciente interno en un hospital en estancia continua mayor a 24 horas, e incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.

Por hospitalización se entiende que la atención intensiva del Asegurado es necesaria debido al tipo de servicio que el Asegurado recibe o la gravedad de la condición de éste, debido a que el cuidado adecuado y seguro no puede ser administrado de manera ambulatoria o en una sala de cuidados médicos menos especializada.

**HOSPITAL Y/O MÉDICO DE LA RED:** Significa los hospitales, médicos, farmacias o droguerías que tienen contrato de común acuerdo con la Aseguradora para proveer servicios médicos, hospitalarios y suministros médicos a los asegurados, de acuerdo a las condiciones estipuladas en el presente contrato.

La Aseguradora proporcionará la lista de proveedores, la cual podrá estar sujeta a modificaciones.

La relación médica – paciente, es responsabilidad del propio Asegurado, por lo que la Aseguradora sólo otorgará la facilidad de la red, pero no asume responsabilidad por el servicio recibido.

**MEDICINAS:** Significan drogas dispensadas por una droguería legalmente autorizada, que cuente con un número de Registro Sanitario y comercializadas a través de una 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 estas estén en la etapa experimental.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 35 de 55

**MÉDICO:** Profesional titulado y legalmente autorizado por el Colegio Médico o por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.

**MONTO MÁXIMO VITALICIO:** Es la cantidad que representa el límite máximo a reembolsar que tiene derecho el Asegurado, por el conjunto de siniestros que pudiera presentar mientras goza de protección bajo la cobertura de este Contrato, la cual se describe en el Cuadro de Beneficios. Esta suma máxima irá disminuyendo automáticamente en la cantidad o cantidades que se haya pagado por las distintas reclamaciones, ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro o haya estado cubierto alguna vez como titular y otra como familiar dependiente.

Esta suma máxima se reducirá en un 50% al cumplimiento de los 65 años de edad del Asegurado titular o cónyuge.

**OPERACIÓN QUIRÚRGICA:** Se entenderá como tal:

1. La operación por incisión.
2. La sutura de una herida.
3. El tratamiento de una fractura.
4. La reducción de una luxación.
5. Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor).
6. Electro cauterización.
7. Procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia.
8. El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.
9. Tratamiento por rayo láser.

**PADECIMIENTO O MALFORMACIONES CONGÉNITAS:** Alteración del estado de salud fisiológica y/o morfológica de un órgano o sistema que tuvo su origen durante el período de gestación, o al nacimiento, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

**PAÍS DE RESIDENCIA:** Se refiere al país donde el Asegurado tiene fijada su residencia permanente.

**PERÍODO DE COBERTURA:** El término "Período de Cobertura" se refiere al periodo entre la fecha inicial de cobertura individual y la fecha de vencimiento para cada Asegurado de este contrato;

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 36 de 55

**PERÍODO DE ESPERA:** Es un período durante el cual no se cubrirán las enfermedades y embarazos que son una condición pre-existente antes del inicio de la vigencia de la Póliza, tenga o no conocimiento de ello.

**PRE-CERTIFICACIÓN:** Se refiere a que el Asegurado (o alguien a su nombre) notifique a la Aseguradora con cinco días hábiles de antelación la admisión planificada en un hospital o dentro de las 48 horas siguientes a la admisión de una emergencia en cualquier hospital y reciba la certificación correspondiente del Director Médico de la Aseguradora.

**RED DE PROVEEDORES:** En caso de que el Asegurado sea ingresado por una emergencia o una hospitalización en un hospital o clínica que no sea parte de la red de proveedores de servicios médicos de Seguros Atlántida, la Aseguradora reembolsará los gastos de conformidad a los aranceles vigentes y contemplados en los contratos de prestación de servicios de gastos médicos con los proveedores de Seguros Atlántida, cualquier exceso a estos aranceles o gastos no cubiertos serán responsabilidad del Asegurado.

Dichos aranceles se revisarán periódicamente con los proveedores, tomando en cuenta el índice de precios al consumidor del Banco Central de Honduras.

**SINIESTRO:** Acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Aseguradora.

**SOLICITUD:** Se refiere a la forma emitida por la Aseguradora, la cual debe ser debidamente completada, firmada y fechada por cada uno de los solicitantes (o por los representantes legales en casos de menores) y debe ser acompañada de todos los documentos pertinentes a la información necesaria para la evaluación.

**TRATAMIENTOS Y CUIDADOS DENTALES:** Se refiere al cuidado de los dientes, encías y huesos que soportan los dientes, incluyendo prótesis dentales y su preparación.

**UNIDAD CORONARIA:** Es el área asistencial de un hospital, dotada de los medios técnicos y de los recursos humanos necesarios para la atención y vigilancia continuada de los pacientes que presentan problemas cardíacos graves y potencialmente recuperables.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 37 de 55

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos.

**CONSULTAS MEDICAS:** Es la atención y tratamiento médico proporcionado en un Consultorio Médico o un Centro Hospitalario.

---

## CLÁUSULA 5: LIMITES DE RESPONSABILIDAD

---

La Aseguradora reembolsará el costo de los servicios médicos sujeto al límite específico del padecimiento y/o gastos según se indique en el cuadro de beneficios, descontando las cantidades a su cargo por concepto de deducible y coaseguro y sujeto al máximo vitalicio.

---

## CLÁUSULA 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

---

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Aseguradora perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La Aseguradora tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Aseguradora a pagar la indemnización.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 38 de 55

Si el seguro concerniere a varias cosas o personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Aseguradora o antes que ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

### **Exención de obligaciones**

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones por cada reclamo presentado:

- a. Si se omite la Declaración escrita del siniestro y el informe Médico a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b. Si con el mismo fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, o se niega la autorización para obtener informaciones de otras fuentes
- c. Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, o los gastos por enfermedad o accidente que no sean presentados a la Aseguradora para su pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha del incidente.

---

### **CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA**

---

La prima vence en la fecha de celebración del contrato y su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la Aseguradora; los efectos de la Póliza cesarán automáticamente treinta días después de la fecha de vencimiento de la prima.

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta Póliza se determinarán multiplicando el número de participantes en cada tipo de clasificación por la tarifa correspondiente. El total de las sumas así calculadas constituirá la prima, la cual deberá pagarse de acuerdo a lo estipulado

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 39 de 55

en la cláusula anterior. La Aseguradora, podrá variar dichas primas en cualquier momento en que se modifique alguna de las coberturas o endosos, debiendo de informar este hecho al Contratante.

Los ajustes que resulten a las primas por cualquier cambio en el tipo de clasificación de un miembro Asegurado se harán efectivos en la fecha del cambio, si esta coincide con la fecha de vencimiento de primas, sino, en la fecha subsiguiente de vencimiento de primas.

---

## CLÁUSULA 8: VIGENCIA

---

Este Contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en las Condiciones Particulares de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

Las personas que se afilien al Contratante con posterioridad a la vigencia de esta Póliza, podrán ingresar al Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que hayan adquirido la calidad de elegibles.

Pasado este periodo la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros o de cualquier modificación.

Cuando un Asegurado contraiga matrimonio (legal o de hecho) o en caso de que nazca un hijo, la solicitud de ingreso de estos nuevos familiares deberá hacerse dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a tal acontecimiento, acompañando el formulario de inscripción de familiar dependiente, la declaración de salud y acta de nacimiento y debe esperar la aceptación de la Aseguradora.

Las solicitudes de inscripción presentadas fuera del plazo arriba indicado, la Aseguradora tendrá la potestad de aceptar o rechazar la inscripción en el registro de asegurados de los familiares dependientes.

Cualquier inscripción posterior a la fecha de emisión de la presente Póliza, surtirá efecto a partir de la fecha de aceptación que la Aseguradora notifique por escrito al Contratante.

Si en la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del Asegurado, éste ya se encontrará hospitalizado, la Aseguradora no asumirá ninguna responsabilidad por esa hospitalización y en este caso, el Seguro para esa persona surtirá efecto después de diez (10) días contados a partir del día siguiente de haber recibido el alta del hospital o clínica.

---

## CLÁUSULA 9: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

---

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 40 de 55

Son obligaciones del contratante las siguientes:

- Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los Asegurados.
- Recaudar de las personas del Grupo Asegurado la cantidad de la prima con la que contribuyen.
- Pagar a la Aseguradora la prima total.
- Informar por escrito a la Aseguradora:
  1. El ingreso al Grupo Asegurado de nuevas personas adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la Aseguradora.
  2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del Grupo Asegurado.
  3. La terminación de su calidad como contratante.
- Dar a conocer a las personas que se van a asegurar la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- Entregar el Carnet de Seguros a cada persona del Grupo Asegurado.
- Cuando proceda, en el caso de terminación anticipada del seguro, entregar al Asegurado la prima correspondiente que le haya sido devuelta por la Aseguradora.

---

## CLÁUSULA 10: PROHIBICIONES DEL CONTRATANTE

---

Son prohibiciones del contratante las siguientes:

- Presentar información falsa de los Asegurados a la Aseguradora.
- Efectuar cargos adicionales a los Asegurados sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- No pagar en su debido momento a la Aseguradora la cantidad de la prima con la que contribuye el Grupo Asegurado.
- Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Aseguradora y que pertenecen al Asegurado o a sus beneficiarios.

---

## CLÁUSULA 11: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

---

El Contratante y/o el Asegurado Principal serán responsables de dar aviso a la Aseguradora acerca de las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el seguro en curso, tales como, cambios de actividad del Asegurado Principal o Dependientes Económicos amparados bajo la póliza. Si el Asegurado Principal y/o el Contratante omiten dar el aviso dentro del término de 30 días, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora.

---

## CLÁUSULA 12: NORMAS APLICABLES EN CASO DE SINIESTRO

---

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 41 de 55

## **Aviso de Siniestro**

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá de ponerlo en conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o en la ley orgánica respectiva, el Asegurado o el Beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones como tal.

La Aseguradora tendrá derecho a:

- a. Que el médico nombrado para tales efectos por la Aseguradora valore a satisfacción todas las pruebas aportadas por el Asegurado.
- b. Solicitar en forma complementaria las pruebas que considere necesarias para valorar el reclamo.

## **Procedimiento en caso de Siniestro**

En caso de producirse un hecho que dé lugar al pago de algún beneficio otorgado por esta Póliza, el Asegurado se obliga a:

1. Presentar a la Aseguradora además de los formularios de declaración que ésta le proporcione; todos los originales de los recibos, facturas o estados de cuenta respectivos, a más tardar 30 días calendario después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que da lugar al pago de algún Beneficio.
2. Rendir a la Aseguradora todas las informaciones que ésta requiera en relación con el siniestro, así como concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes médicas. La Aseguradora queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y/o Asegurado y solicitar informes de los terceros que hayan prestado sus servicios médico-hospitalarios.
3. Los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios incurridos en el extranjero se reembolsarán cuando el Asegurado o dependientes hayan sido remitidos por el médico de cabecera a recibir tratamiento en el exterior, el cual deberá ser pre-certificado y autorizado por la Aseguradora, por medio de su director médico; dicha cobertura surte efecto siempre y cuando los tratamientos médico-quirúrgicos no puedan ser realizados en el territorio nacional.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 42 de 55

4. La Aseguradora solo se hará responsable del reembolso de los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios, así como de los exámenes especiales de diagnóstico, si el Asegurado ha obtenido la pre-certificación médica, para lo cual deberá de proceder de la forma siguiente:

4.1 En Honduras y Centro América: (Cuando el Asegurado cuente con esta Cobertura) deberá notificar y enviar el informe del médico tratante a la Aseguradora como mínimo cinco (5) días hábiles antes de:

- Toda admisión hospitalaria y procedimiento quirúrgico programable o electivo.
- Exámenes especiales de diagnóstico que ameriten internamiento hospitalario o no, será necesario una pre-certificación médica por parte del Asegurado, cinco (5) días hábiles antes del tratamiento.
- Procedimiento quirúrgico programable o electivo, que no guarde relación con el diagnóstico original por el cual la pre-certificación inicial fue solicitada.

Las admisiones de emergencia deben ser notificadas a la Aseguradora dentro de las veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a dicha admisión en caso de que el paciente Asegurado requiera hospitalización para coordinar el servicio de red. Si el Asegurado se quedara hospitalizado por más días de los necesarios y permitidos en la pre-certificación no se reconocerán los cargos incurridos durante esos días adicionales, a menos que el médico tratante haga constar que era necesario.

4.2 Fuera de Centro América: (Cuando el Asegurado cuente con esta Cobertura)

Al requerir el Asegurado tratamiento en el exterior debe pre-certificar, esto significa que con cinco (5) días hábiles de antelación al posible viaje para tratamiento, o dentro de las primeras 48 horas de internamiento en un hospital como consecuencia de una emergencia, debe enviar a la Aseguradora un informe del médico tratante expresando las razones para tratamiento en el extranjero, así como el detalle del tratamiento que se aplicaría. Con estos documentos la dirección médica de la Aseguradora determinará si existe dicha necesidad porque el tratamiento no puede realizarse en el País.

En caso de realizarse este tratamiento en EEUU deberá remitirse a un Hospital de la Red de la Aseguradora, de lo contrario la cuenta será ajustada a los costos de un Hospital de la red de similar tamaño y calidad

Para toda hospitalización o procedimiento quirúrgico programable o electivo, la Aseguradora podrá solicitar en caso de ser necesario y sin costo alguno para el Asegurado, una segunda opinión médica especializada, teniendo derecho el Asegurado a solicitar hasta una tercera opinión con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante y así evitar prácticas médicas impropiedades.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 43 de 55

### **Porcentaje de Reembolsos**

Si el Asegurado pre-certificó su tratamiento y utilizó los servicios de la Red, los gastos se reembolsarán de acuerdo con lo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

- a. Aún y cuando el Asegurado haya pre-certificado su tratamiento con esta Aseguradora y decide no ser atendido en uno de los Hospitales de la Red, el paciente deberá cubrir un 35% de los gastos elegibles en concepto de coaseguro más el deducible y los gastos no cubiertos. A menos que dicho tratamiento no sea brindado en los Hospitales de la Red.
- b. Si la pre-certificación es denegada y el Asegurado se somete a dicho procedimiento, este será reembolsado al 60% del total de los gastos, siempre que el procedimiento sea elegible de conformidad con la Póliza.
- c. De no cumplirse con el trámite de pre-certificación médica, el Asegurado deberá pagar el total de la cuenta, para luego presentar la reclamación a la Aseguradora y ésta le reconocerá hasta un 50% de reembolso de los gastos elegibles, menos el deducible, coaseguro, y los gastos no elegibles.

Si el Asegurado se quedara hospitalizado por más días de los necesarios y permitidos en la pre-certificación, no se reconocerán los gastos y cargos incurridos durante esos días adicionales. A menos que el médico tratante haga constar que era necesario.

Se exceptúan únicamente de la pre-certificación, las emergencias médicas que sean a causa de un accidente ocurrido; que requiera atención médica inmediata. Si el accidente ocurre fuera del territorio nacional, se exceptúa la pre-certificación siempre que el viaje sea con fines ajenos a la salud.

Es entendido y convenido que una vez caducado el contrato de seguro, la Aseguradora otorgara treinta (30) días después de la fecha de vencimiento para presentar los reclamos que hubiesen quedado pendientes de pago, siempre y cuando dichos siniestros pertenezcan a la vigencia de la póliza vencida.

La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Aseguradora no está obligada al pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el Asegurado o sus Beneficiarios no han presentado la información indicada en esta Cláusula.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 44 de 55

en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

### **Aplicación de límites, deducibles y coaseguro**

Cuando el Asegurado presente una reclamación por enfermedad cubierta o accidente, se agruparán los gastos cubiertos por enfermedad, se descontará la cantidad del deducible y después, de la cifra obtenida se restará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de coaseguro a cargo de cada Asegurado.

Los totales por cada concepto se someterán a los límites específicos establecidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza. No será cubierto el excedente de la acumulación de dichos totales ya ajustados a los límites específicos sobre el Monto Máximo Vitalicio contratado. En caso de siniestro, se procederá en el siguiente orden:

- 1) Se sumarán todos los gastos procedentes.
- 2) Se aplicará el deducible que corresponde.
- 3) Se aplicará el coaseguro que corresponde.
- 4) Del monto resultante se pagará hasta el límite establecido en el Cuadro de Beneficios contratado para esa cobertura.

### **Examen físico y autopsia**

La Aseguradora por su propia cuenta tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona cuya enfermedad o accidente sea la base de reclamo cuando y tan frecuente como sea requerido durante el tiempo que dure el procesamiento del reclamo, y de hacer una autopsia en caso de muerte, donde ésta no sea prohibida por la ley.

### **Pago de la indemnización**

Las cantidades que la Aseguradora tenga que pagar en concepto de indemnizaciones podrán ser entregadas al Contratante, al Asegurado o directamente a los Hospitales que hubieren prestado los servicios.

La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones necesarios que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

---

## **CLÁUSULA 13: TERMINACIÓN ANTICIPADA Y CANCELACIÓN DE COBERTURA**

---

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 45 de 55

El Contratante podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a la Aseguradora, dentro de los quince (15) días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el Asegurado, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir gastos y derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al Asegurado.

El Contratante podrá solicitar la terminación del Contrato, mediante aviso por escrito a la Aseguradora, indicando la fecha en que la presente Póliza deba cancelarse.

La Aseguradora al aceptar la cancelación, reembolsará al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la Póliza, de conformidad con la Tabla para Seguros de Corto Plazo.

Si la cancelación fuere debida a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

### **Cancelación de Cobertura**

Este seguro terminará para el Asegurado, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a. Cuando la relación de trabajo o dependencia de cualquier miembro del Grupo Asegurado con el Contratante finaliza, ya sea, por muerte, despido, renuncia, incapacidad prolongada, paro forzoso, licencia y jubilación;
- b. Cuando un Asegurado pierda la calidad de dependiente del Asegurado Titular, de acuerdo a las definiciones de estas Condiciones.
- c. Cuando el Asegurado haya agotado el Monto Máximo Vitalicio.
- d. Cuando un Asegurado solicite su exclusión del Seguro.
- e. En caso que no se haga oportunamente el pago de la prima correspondiente, cumpliendo con lo establecido en el Artículo 1249 del Código de Comercio.
- f. Por omisiones, declaraciones inexactas o declaraciones falsas debidamente comprobadas.
- g. Cuando cumpla la edad máxima de permanencia dentro del Grupo Asegurado.
- h. Cuando el Titular de la póliza dejara de ser elegible.
- i. Modificación del riesgo u ocupación de forma que no sea aceptable para la Aseguradora o las nuevas condiciones no sean aceptadas por el Asegurado.
- j. Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.

Si a la cancelación de la Póliza o la exclusión de algún Asegurado; un Asegurado se encuentre hospitalizado y amparado por la Póliza, la Aseguradora indemnizará al Asegurado los gastos efectivamente incurridos hasta la fecha de terminación del seguro.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 46 de 55

Una vez terminado el seguro, el Asegurado cuenta con un período máximo de treinta (30) días calendario, para presentar a la Aseguradora los documentos de gastos elegibles para reembolso incurrido durante el período de cobertura, sino la presentare en este plazo la Aseguradora estará exenta de cualquier responsabilidad.

#### TABLA PARA SEGUROS DE CORTO PLAZO

Tiempo en que estuvo en vigor la Póliza	% (Porcentaje) de Devolución sobre la Prima Anual
1 (Un) mes	70
2 (Dos) meses	60
3 (Tres) meses	50
4 (Cuatro) meses	40
5 (Cinco) meses	30
6 (Seis) meses	20
7 (Siete) meses	15
8 (Ocho) meses	10
9 (Nueve) meses	5

#### CLÁUSULA 14: RENOVACIÓN

El Contratante tendrá derecho a renovar ésta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a la Aseguradora dentro de los veinte (20) días anteriores a la fecha de término de vigencia.

Salvo pacto expreso en contrario, éste derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

La Aseguradora aplicará las condiciones de cobertura vigente, asimismo el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable.

La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por el número requerido para la formación de la Colectividad Asegurada.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 47 de 55

### **Reinstalación de Monto Máximo Vitalicio**

La Aseguradora podrá, a solicitud del Contratante, restituir el Monto Máximo Vitalicio para nuevos padecimientos cubiertos.

En ningún caso se reinstalará el Monto Máximo Vitalicio para el mismo padecimiento y sus consecuencias por los cuales el Monto Máximo Vitalicio fue agotado o disminuido. La reinstalación se hará en la fecha de la renovación anual del contrato.

La Aseguradora puede exigir cuantas pruebas de asegurabilidad estime necesarias de parte del Asegurado, para comprobar su estado de salud y decidir si procede o no a conceder la reinstalación.

---

### **CLÁUSULA 15: PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 Código de Comercio.

---

### **CLÁUSULA 16: CONTROVERSIAS**

Cualquier controversia o conflicto entre la Aseguradora y Asegurado sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación arbitraje o por la vía judicial, conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 48 de 55

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

---

## CLÁUSULA 17: COMUNICACIONES

---

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a la Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado.

Los comunicados que la Aseguradora deba hacer al Contratante o Asegurado los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento, y para tener validez deberán tener el acuse correspondiente.

---

## CLÁUSULA 18: OTROS SEGUROS

---

Si un Asegurado o dependiente tiene contratado con otra u otras instituciones aseguradoras en todo o 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 Aseguradora expresando el nombre de los Asegurados y los montos máximos vitalicios asegurados.

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.

El seguro que cubra al Asegurado como miembro titular del grupo se considerará como el seguro primario el cual determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier seguro que cubra dicha persona como dependiente, de no poder establecer un orden de prioridad con la condición anterior, el seguro que haya cubierto el Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

El seguro primario deberá cubrir en su totalidad los gastos elegibles por servicios médicos prestados conforme lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de esa póliza en su calidad de pagador primario y Seguros Atlántida, S.A. pagará beneficios reducidos como pagador secundario. Cuando este seguro es el pagador secundario, la coordinación de beneficios permite que el Asegurado pueda tramitar para reembolso el coaseguro y los gastos no cubiertos por haber agotado la cobertura en el seguro primario

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 49 de 55

aplicando a estos gastos el deducible y el coaseguro conforme a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la póliza. El beneficio máximo pagadero no excederá del 100% de los gastos elegibles presentados.

---

## **CLÁUSULA 19: TERRITORIALIDAD**

---

La presente Póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de la República de Honduras, a consecuencia de un padecimiento cubierto. Se excluyen de los límites territoriales los Planes que cuenten con cobertura internacional.

---

## **CLÁUSULA 20: EDAD Y ELEGIBILIDAD DE ASEGURADOS**

---

### **Edad de los Asegurados**

La Aseguradora establece para este seguro una edad mínima y máxima de admisión, estableciendo así un rango de edad en que según los criterios de riesgo de la Aseguradora la persona puede contratar el seguro. Podrán ingresar a la póliza aquellos Asegurados que tengan entre 15 y 64 años de edad cumplidos y satisfagan los demás requisitos de asegurabilidad establecidos por política de la Aseguradora. Al cumplimiento de los 65 años, el Monto Máximo Vitalicio se reduce al 50% y continuará en vigor hasta el cumplimiento de la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza. Luego de esta edad la póliza no se renovará y en caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad la Aseguradora solo está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que corresponde realmente, la responsabilidad de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima correcta. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

Si por error o dolo del Contratante o del Afiliado, se inscribiere en el Grupo Asegurado a individuos mayores de 64 años, esta inscripción no tendrá validez quedando obligada la Aseguradora únicamente a devolver las primas cobradas por la misma.

No obstante, lo anterior, se procederá de acuerdo a lo estipulado en los Artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

### **Aceptación de los Asegurados**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DEPENDIENTES

VIGENCIA INICIO: 14/11/2021

VIGENCIA FIN: 14/11/2022

Página 50 de 55

Para tener derecho a la cobertura bajo el presente contrato, un Asegurado o miembro familiar debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser residente permanente en Honduras.
- Cumplir con los requisitos de edad establecidos en el presente Contrato.
- En caso de ser estudiante, asistir a una universidad o institución educativa a tiempo completo, el centro de estudios debe estar localizado dentro del territorio hondureño.
- No permanecer fuera de Honduras más de tres meses ininterrumpidamente.
- Cualquier Asegurado que se retire de este Seguro, sólo podrá ser incluido de nuevo, transcurrido un año de la fecha de su retiro, quedando a opción de la Aseguradora, exigir las pruebas de asegurabilidad que considere necesario.

Asimismo, en los casos en que un Asegurado se encuentre inscrito en una póliza colectiva y posteriormente decida adquirir una póliza individual, el Asegurado deberá presentar nuevamente las pruebas de asegurabilidad y otros documentos solicitados por la Aseguradora para la emisión de una póliza y no tendrá continuidad de cobertura, deberá cumplir con los periodos de espera y pre-existencia establecidos en la nueva póliza.

---

## **CLÁUSULA 21: PERÍODO DE GRACIA**

---

En el caso de renovaciones, el Contratante y/o el Asegurado tendrá un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Dentro de este plazo la cobertura se mantendrá vigente, sujeto al pago de la prima durante el periodo de gracia.

Si al terminar el periodo de gracia la prima vencida no ha sido pagada o no han sido presentados los recibos de la prima reclamada, esta caducará sin necesidad de aviso o declaración especial. Los efectos del Contrato cesarán en forma retroactiva automáticamente a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento en que la prima debió haber sido pagada.

---

## **CLÁUSULA 22: DISPOSICIONES GENERALES**

---

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 51 de 55

- 1. PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD:** La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros, o de cualquier modificación; así también queda facultada para solicitar, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza, los informes médicos, o practicar los exámenes que juzgue convenientes. Si el Contratante, el Asegurado o dependiente de éste se prestare a impedir que la Aseguradora ejerza tales derechos, ésta puede declinar la inscripción del miembro que se ha solicitado asegurar o denegar la cobertura del seguro.
  
- 2. REGISTRO DE ASEGURADOS:** Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Aseguradora elaborará un Registro de Asegurados para el período de seguro en curso, que contendrá:
  - Número de póliza.
  - Nombre y edad de los Asegurados.
  - Fecha de inicio y terminación del seguro de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada.
  - Monto Máximo Vitalicio y prima que le corresponda a cada Asegurado.

En el registro se anotarán todos los movimientos que haya en el Grupo Asegurado de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Generales del Contrato.

Una copia autorizada de este registro será entregada al Contratante por la Aseguradora.

El Contratante deberá reportar por escrito a la Aseguradora en los formularios proporcionados por ésta, los movimientos de altas y bajas, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que éstas ocurran.

- **Altas:** Los miembros que ingresen a la Colectividad Asegurada al inicio o posteriormente a la celebración del Contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a su ingreso quedarán asegurados, si están en servicio activo, desde el momento que adquieran las características para formar parte de la Colectividad Asegurable, inclusive y en su caso sus Dependientes Económicos.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 52 de 55

La Aseguradora podrá exigir pruebas de asegurabilidad a los miembros de la Colectividad Asegurable que den su consentimiento después de treinta (30) días de haber adquirido el derecho para formar parte de la Colectividad Asegurada. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Aseguradora. La Aseguradora al aceptar la inscripción de nuevos Asegurados, lo hará constar en endoso de inscripción que forma parte de la presente Póliza.

Para la inscripción de nuevos Asegurados la Aseguradora solicitará la fotocopia de la partida de nacimiento de cada hijo dependiente y fotocopia de la tarjeta de identidad del titular y su cónyuge, asimismo deberá detallarlo en la solicitud de inscripción.

- **Bajas:** Causarán bajas de esta Póliza, las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes. La Aseguradora devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente al Asegurado y sus dependientes que han sido dados de baja, únicamente cuando éstos no hubiesen sido indemnizados por un siniestro. Los beneficios del seguro cesarán desde el momento de su separación, excepto los siniestros que se encuentren pendientes de pago, de acuerdo al período de cobertura.

- 3. CARNET DE SEGUROS:** La Aseguradora emitirá un carnet de seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al seguro. Los carnets serán entregados a los Asegurados por intermedio del Contratante, pero no forman parte de la póliza. Este carnet deberá ser devuelto a la Aseguradora cuando se dé por terminado el contrato de seguro, caso contrario el Contratante correrá con la responsabilidad legal que hubiere en caso que dicho carnet sea utilizado sin respaldo del contrato que le dio origen.

El Contratante a su vez, será responsable de que el Asegurado cumpla con el pago de su deducible y coaseguro respectivo, así como de cualquier otro gasto no cubierto por la Póliza y que fuere cancelado por la Aseguradora en virtud del contrato establecido con proveedores de servicios médicos. El Contratante se responsabilizará de obtener el carnet de identificación del Asegurado a la terminación del seguro de éste y de reportarlo de inmediato a la Aseguradora.

- 4. CAMBIO DE PLAN:** El cambio de un plan a otro podrá efectuarse bajo las siguientes condiciones:

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 53 de 55

- De un plan de mayor cobertura a uno de menor cobertura, no será necesaria la presentación de pruebas de asegurabilidad y posteriormente no podrá optar a una cobertura mayor. Este podrá solicitarse en cualquier momento y deberá hacerlo por escrito.
- De un plan de menor cobertura a uno de mayor cobertura, será necesaria la presentación de nuevas pruebas de asegurabilidad, para el Asegurado y sus dependientes económicos y será efectivo su cambio una vez aprobado por la Aseguradora y podrá hacerse solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

**5. CAMBIO DE CONTRATANTE:** Si el Contratante indicado en las condiciones particulares de la Póliza fuere sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta lo hará constar en endoso que forme parte de la Póliza. En caso contrario, la Aseguradora tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

**6. PERÍODO DEL BENEFICIO:** Después de la fecha de la erogación del primer gasto médico, el Asegurado tendrá derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos relativos a la enfermedad o accidente ocurrido, siempre y cuando no se haya agotado el Monto Máximo Vitalicio. Se considerará que los gastos médicos ocurren en la fecha en que se recibe el servicio médico correspondiente o en la que se efectúe la compra de los medicamentos o material médico necesario.

**7. REINTEGRO:** El Asegurado se obliga a reembolsar a la Aseguradora las sumas que ésta hubiese pagado en relación con un siniestro, que posteriormente se descubra no haber estado cubierto, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 54 de 55

- 8. MONEDA:** Todos los pagos relativos a este contrato ya sea por parte del Contratante o de la Aseguradora se efectuarán en lempiras, moneda de curso legal de la República de Honduras. Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados de acuerdo al tipo de cambio vigente en el sistema bancario el día en que se incurrieron los gastos.
- 9. SUBROGACIÓN:** Por subrogación se entenderá el derecho de la Aseguradora de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La Aseguradora podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación:

La Aseguradora pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza, sujeto a que el Asegurado:

- Firme el finiquito respectivo y subroguen en la Aseguradora todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.
- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de la Aseguradora de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a la Aseguradora en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr.

---

## CLÁUSULA 23: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT

---

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/22-10-2018.

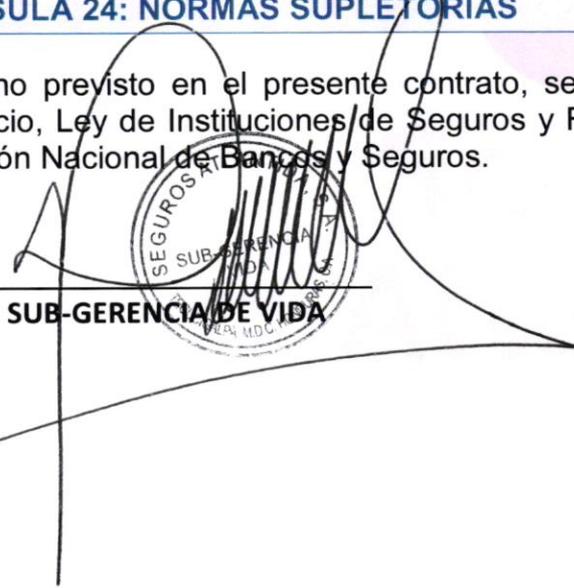
No. DE PÓLIZA: TG - 8 - 186  
CONTRATANTE: PODER JUDICIAL  
DEPENDIENTES  
VIGENCIA INICIO: 14/11/2021  
VIGENCIA FIN: 14/11/2022  
Página 55 de 55

de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras.

Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

#### CLÁUSULA 24: NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.



SUB-GERENCIA DE VIDA



GERENCIA DE VIDA