

## CONDICIONES ESPECIALES

Que se agrega y forma parte de la póliza VC-N°11062 del Ramo de SEGURO COLECTIVO DE VIDA

EMITIDA A NOMBRE DE **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**

**ESTA PÓLIZA ES PARA AFILIADOS: NO CONTRIBUTORIO**

**VIGENCIA: 28/05/2016 AL 28/05/2017 (12:00 Meridiano)**

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza.

### 1. Elegibilidad

Personas que al momento de solicitar la cobertura se encuentren incapacitados o padeciendo de una enfermedad grave, serán elegibles una vez que recuperen su salud y se reincorporen de manera activa al desarrollo habitual de sus funciones laborales, previo al análisis y aceptación por la Compañía. Aplica para nuevos ingresos a partir de 06 de junio del 2016.

#### 1.1. Afiliados activos del contratante:

- a. Edad mínima de ingreso de 18 años.
- b. Edad máxima ingreso al cumplimiento de los 85 años.
- c. Edad máxima de permanencia hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.

La Compañía no asumirá ningún riesgo una vez que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza y procederá a cancelar la cobertura del asegurado de forma automática.

**1.2. Grupo Asegurado:** Mínimo requerido; 26 asegurados; si durante la vigencia de la póliza la empresa contratante no cumple con el número mínimo requerido de asegurados, se procederá con la cancelación de la póliza previa notificación con 30 días de anticipación a la fecha de la cancelación. Los asegurados activos en la póliza a la fecha de la cancelación, podrán optar a suscribir una póliza de vida individual, de acuerdo a las condiciones, beneficio y tarifas que establezca la Compañía. Podrán optar a la continuidad de cobertura siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la cancelación de la póliza (Continuidad sujeta al análisis de la Compañía).

### 2. Riesgos Cubiertos

- 2.1. **Muerte por Cualquier Causa:** igual a una suma asegurada básica de L 200,000.00 por cada asegurado inscrito en la póliza, cubierto hasta el cumplimiento de los 85 años de edad.
- 2.2. **Muerte Accidental:** La Compañía pagará una suma asegurada adicional igual a la suma asegurada básica, cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.
- 2.3. **Muerte por Accidente Calificado:** La Compañía pagará el doble de la suma asegurada establecida para la cobertura de muerte accidental, cubierto hasta el cumplimiento de los 70 años.
- 2.4. **Desmembración Accidental y Pérdida de la Vista:** La Compañía pagará una indemnización según la tabla de desmembramiento establecida en las condiciones generales de la póliza.



**2.5. Renta Por Incapacidad Total y Permanente a consecuencia de lesiones corporales o enfermedad(es), que impida(n) en absoluto al Asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos: La Compañía pagara de forma anticipada la suma asegurada básica en 24 Cuotas Mensuales, las cuales comenzaran a ser efectivas después de haber transcurrido por lo menos 6 meses consecutivos desde la fecha en que ha sido declarada la Incapacidad Total y Permanente por el IHSS, o por el médico designado por la Compañía (en caso que el asegurado no esté afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social) siempre y cuando la condiciones de incapacidad total y permanente persista y sea elegible por esta póliza.**

La cobertura de renta por incapacidad total y permanente se otorga al asegurado hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.

**2.6. Pago Anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad terminal (25% de la suma asegurada, hasta un máximo de L 200,000.00), siempre que se cumplan las siguientes condiciones:**

- a. Que el asegurado se encuentre en un estado de enfermedad terminal, cuyas expectativas de vida según informe médico no sean mayores a doce meses.
- b. Que la póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como terminal.

**2.6.1. Exclusiones en caso de enfermedad terminal: En ningún caso la Compañía estará obligada a pago alguno con cargo a este beneficio, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:**

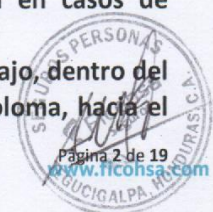
- a. Si la enfermedad terminal resulta, a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado y tentativa de suicidio.
- b. Si la enfermedad terminal se presenta antes o durante los primeros 4 meses a partir de la fecha de emisión de la cobertura.
- c. Si la enfermedad terminal resulta, a consecuencia de alcoholismo o consumo de bebidas embriagantes, uso de drogas, estupefacientes y psicotrópicos.

**2.7. Exoneración de pago de primas por incapacidad Total y Permanente: En caso que el asegurado sufra un accidente o una enfermedad elegible por la póliza que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiere recibir alguna remuneración, la Compañía aseguradora lo exonerará del pago de la prima.**

La cobertura de exoneración de pago de primas se otorga al asegurado hasta el cumplimiento de los 70 años de edad.

**2.8. Cobertura de emergencia médica en accidente de trabajo: Servicio de asistencia médica por emergencias en caso de accidente de trabajo, que comprende:**

- a. Orientación Médica Telefónica 24 horas, sin límite. Este servicio aplica en casos de accidente de trabajo, el asegurado podrá ser asistido telefónicamente.
- b. Traslado en Ambulancia en caso de accidente laboral; desde el lugar de trabajo, dentro del perímetro de las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula, La Ceiba y Choloma, hacia el





hospital o centro asistencial que decida el patrono. Este beneficio no incluye la atención y/o tratamientos en clínicas, hospitales o centros de laboratorios y radiografías.

**2.9. Gastos Fúnebres Igual a una suma asegurada adicional de L 25,000.00 por cada asegurado inscrito en la póliza.**

### **3. Generalidades**

**3.1. El suicidio estará cubierto después del segundo año de continua cobertura en la póliza.**

**3.2. Un accidente:** Es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del asegurado, que causen a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

**3.3. Para efectos de esta póliza se define como accidente calificado:** las lesiones corporales sufridas por el asegurado y que causen su muerte mientras:

**3.3.1.** Estuviese viajando como pasajero en cualquier vehículo público no aéreo propulsado mecánicamente, manejado y despachado regularmente por un empresario de transporte público contra pago de pasajes sobre una ruta terrestre establecida, siempre y cuando no esté ascendiendo y descendiendo del vehículo.

**3.3.2.** Estuviese viajando como pasajero en un ascensor normal de pasajeros; (Excluyendo los ascensores en minas).

**3.3.3.** Como consecuencia de un incendio de cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el asegurado al comienzo del incendio.

**3.4. El homicidio (No culposo) o asesinato no es considerado un accidente;** por lo tanto se indemnizara únicamente la suma asegurada básica bajo el riesgo de muerte por cualquier causa.

**3.5. Al cumplimiento de los 65 años de edad del asegurado, las sumas aseguradas por muerte por cualquier causa, muerte accidental y accidente calificado se reduce automáticamente al 50%.**

**3.6. Toda condición de salud debe ser declarada por el asegurado en la solicitud de inscripción del seguro (consentimiento) que debe ser completada y presentada a la Compañía para ser analizada a fin de determinar su aceptación, limitación o rechazo; Aplica para nuevos ingresos.**

**3.7. La indemnización por incapacidad total y permanente da por terminado (extingue) automáticamente los riesgos cubiertos y cualquier beneficios adicional de esta póliza. De fallecer el asegurado antes de haber percibido la totalidad de las 24 cuotas, el saldo será pagado a los beneficiarios designados en la solicitud de seguro (consentimiento) y se indemnizara a éstos, en un pago único, una vez que la Compañía haya recibido la documentación correspondiente.**

**3.8. Para el pago de reclamos de vida, al no contar con el detalle de los beneficiarios designados del seguro, debido a que no se completó la solicitud de Inscripción; el Instituto de Previsión deberá presentar el formulario de designación de beneficiarios más la documentación original que aplique según el motivo del fallecimiento.**

**3.9. Período máximo de 60 días para reportar a la Cía.:**

- Errores u omisiones en la notificación y actualización del listado de afiliados.
- Cancelación de afiliados. (Aplica únicamente cuando el Patrono Paga el 100% de las primas y se encuentre asegurado el 100% de los afiliados).
- Devolución de primas a prorratas en base a meses completos por exclusión de afiliados.

**3.10. Tarifa para esta vigencia: L 4.00 anual por cada millar de suma asegurada.**





**3.11. Tipo de Facturación: Mensual**

Aplican los demás términos y condiciones establecidos en el condicionado general de la póliza.

**AGRAVACIÓN DEL RIESGO:** El Asegurado deberá comunicar a la Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por la compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a la compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer.

La falta de esta comunicación faculta a la compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de la compañía concluirá 15 días después de haber comunicado su resolución al asegurado

**SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS** Cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este Contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.

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 Compañía, 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.

**Tegucigalpa, M.D.C. 28 de Mayo de 2016**

**FIRMA AUTORIZADA**   **FIRMA AUTORIZADA** 

**FIRMA DEL CONTRATANTE**



1.6. Esta póliza brinda cobertura únicamente a personas residentes en la República de Honduras, no brindara cobertura a personas que permanezcan fuera de la República de Honduras por un periodo mayor a seis meses, por cualquier motivo.

1.7. Grupo Asegurado: Mínimo requerido; 26 asegurados; si durante la vigencia de la póliza la empresa contratante no cumple con el número mínimo requerido de asegurados, se procederá con la cancelación de la póliza previa notificación con 30 días de anticipación.

Los asegurados activos y el contratante de la póliza a la fecha de la cancelación, podrán optar a suscribir una póliza de salud y vida individual o una póliza Pyme, de acuerdo a las condiciones, beneficio y tarifas que establezca la Compañía. Podrán optar a la continuidad de cobertura siempre que la solicitud se realice dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la cancelación de la póliza (Continuidad sujeta al análisis de la Compañía).

## 2. Prima Mensual:

Prima Mensual del Seguro:	
Afiliado solo	L. 208.00

**Forma de pago:** Según lo establecido en el convenio de pago, el cual forma parte integral de la póliza.

## 3. Cuadro de Beneficios y Coberturas

Los beneficios y coberturas descritas a continuación están sujetos; al Deducible, Coaseguros, Copagos, limitaciones, exclusiones y a las Condiciones Generales de la póliza:

BENEFICIOS	Categoría 1
Cobertura Geográfica	Mundial
Máximo Vitalicio	L. 400,000.00
Los asegurados con edad comprendida entre los 75 años y 85 años, se brinda un máximo vitalicio de L. 200,000.00, o el saldo del máximo vitalicio al cumplimiento de los 75 años, el que sea menor.	
<b>Cuarto y Alimentación</b>	
Honduras y Centro América	L. 1,200.00
Fuera de Centro América	\$ 300.00
<b>Gastos por VIH/SIDA</b>	Hasta un máximo de L. 175,000.00
<b>Deducible en Honduras y Centro América (Por persona asegurada)</b>	L. 1,400.00
<b>Deducible fuera de Centro América (Por evento cada 3 meses)</b>	\$ 1,400.00
<b>Porcentaje de reembolso Honduras y Centro América</b>	80%
<b>Coaseguro a Cargo del Asegurado.</b>	20% (De los gastos elegibles)
<b>Porcentaje de Reembolso en la Red de Farmacias</b>	75%
<b>Coaseguro a cargo del asegurado</b>	25% (De los gastos elegibles)



<b>Porcentaje de Reembolso fuera de Centro América.</b>	75%
<b>Coaseguro a Cargo del Asegurado</b>	25% (De los gastos elegibles)
<b>Límites de Consulta</b> Medico General Medico Especialistas Cardiólogo y Neurólogo <b>Honorarios Médicos por hospitalización emergencia y procedimientos quirúrgicos</b>	L. 800.00 L. 1,000.00 L. 1,100.00 Según Tabla de Honorarios Médicos REDHSA
<b>Periodo de Espera para la Cobertura de Maternidad; sin período de Espera.</b> <b>Para nuevos ingresos a partir del 06 de junio de 2016, aplica un período de espera de 4 meses para la concepción.</b>	
<b>Cobertura de Maternidad</b> Parto Normal Cesárea Aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico	L. 30,000.00 L. 40,000.00 L. 20,000.00  Los límites indicados Incluyen gastos pre y post natales, las complicaciones durante el embarazo serán reconocidas enmarcadas dentro del límite de parto normal. (Excluyendo amenaza de aborto, ya que tiene su propio límite).
<b>Sala Cuna</b> <b>Honorarios del pediatra por la Atención del parto normal o Cesárea.</b>	L. 2,000.00 L. 5,000.00
<b>Cuidado crítico neonatal: cobertura para el recién nacido a partir del primer día; a) Si nace prematuro b) Si nace con padecimientos o enfermedades congénitas c) Por enfermedades contraídas en el hospital;</b> <b>Las coberturas descritas aplican siempre y cuando la madre haya pasado el periodo de espera para la cobertura de maternidad por el embarazo que dio como resultado el alumbramiento del recién nacido.</b> Los límites otorgados forman parte del máximo vitalicio de la madre	Hasta por el máximo vitalicio disponible de la madre.
<b>Control de desarrollo y Crecimiento (Consulta, vitaminas y Vacunas) para niños nacidos en la vigencia de la póliza.</b>	Desde el 1 día de su nacimiento hasta los 10 años Sin Límite.
<b>Control Ginecológico Anual</b> Cubre al Titular o Cónyuge bajo prescripción médica. Sujeto a coaseguro y deducible.	Dos Citología incluyendo Consulta Una mamografía (Mujeres mayores de 35 años)
<b>Examen de próstata (PSA)</b> Cubre al Titular o Cónyuge bajo prescripción médica. Sujeto a coaseguro y deducible.	Una vez al año Hombres mayores de 40 años.
<b>Ambulancia Terrestre en Honduras.</b>	L. 3,500.00
<b>Ambulancia Aérea para traslados de Honduras al extranjero.</b>	\$ 2,500.00 Dentro y Fuera de Centro América
<b>Periodo de espera para enfermedades preexistentes No graves</b>	12 meses de continua cobertura



declaradas y aceptadas por la Compañía.	(Aplica para nuevos Ingresos) <b>Nota: Personas que inicien con la primera vigencia de la póliza se les otorga continuidad de cobertura.</b>
Tiempo de reembolso de reclamos presentados a la compañía	10 días hábiles
<b>Gastos Fúnebres Para Dependientes asegurados.</b> En el caso de que una madre embarazada, tuviera una interrupción en la gestación por la cual él bebe nace sin vida o la pierde al nacer, se cubrirá los gastos fúnebres del recién nacido, siempre y cuando se esté pagando por la cobertura de dependientes. (Aplica Siempre y cuando el periodo de gestación sea de 20 semanas o más).	L.25,000.00
Red de Farmacias	Amparado
Red de Laboratorios	Amparado
Red de Radioimágenes	Amparado
Red de Médicos Especialistas	Amparado
PORSALUD	Cobertura Básica
Red de Proveedores y condiciones de uso descritas en el Anexo 1 disponible en <a href="http://www.ficohsaseguros.com">www.ficohsaseguros.com</a>	Médicos Especialistas y Hospitales

#### 4. Otros Beneficios:

- 4.1.** Cirugías plásticas y reconstructivas: cubiertas únicamente por emergencias, hospitalización o procedimientos quirúrgicos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice durante los seis meses siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.
- 4.2.** Tratamientos dentales en caso de accidente por pérdida de la dentadura natural, cubiertos por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que el tratamiento se realice durante los tres meses siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.
- 4.3.** Extracción de terceras molares impactadas previa la presentación de placas pre y post operatorias.
- 4.4.** Prótesis para reemplazo de miembros y ojos naturales perdidos durante la vigencia de la póliza, se cubrirá una sola prótesis por cada miembro perdido a consecuencia de una enfermedad o accidente, de acuerdo al costo justo razonable y acostumbrado de la localidad donde es prestado el servicio. (Excepto las dentales, que estarán cubiertas únicamente en caso de accidentes ocurridos en la vigencia de la póliza donde se pierda la dentadura natural).
- 4.5.** Trasplante de órganos hasta el máximo vitalicio disponible del asegurado, incluye: gastos pre y post operatorio, transporte de órgano a trasplantar y gastos médicos del donante vivo al momento del trasplante; no están cubiertas las complicaciones o el deterioro de la salud del donante.
- 4.6.** Terapias físicas y de rehabilitación, siempre que los proporcione un médico especialista en medicina física y de rehabilitación, legalmente autorizado.
- 4.7.** Tratamiento de alergias crónicas.
- 4.8.** Zapatos Ortopédicos: reembolso del 50% del valor comercial.



4.9. Vitaminas que tengan un efecto terapéutico sobre una enfermedad cubierta, prescrita por un médico tratante y comprobada la enfermedad. En el caso del Omega 3 se cubrirá siempre y cuando el resultado de los exámenes de triglicéridos sea arriba de 500 mg.

4.10. Gastos por psiquiatría en casos de accidentes cubiertos por la póliza, únicamente por hospitalización con estadía mayor a 24 horas (No mediante consulta externa).

4.11. Jornadas Médicas Programadas: Feria de la salud de acuerdo a la disponibilidad de nuestros proveedores.

4.12. Se brindará apoyo en la organización de la Maratón para hijos de los abogados que han perdido a sus padres por causas violentas.

## 5. Generalidades

5.1 La Compañía reembolsará durante la vigencia de la póliza los gastos médicos elegibles por enfermedad y lesiones accidentales incurridos por el asegurado titular y asegurados dependientes, siempre que sean necesarios para el restablecimiento de la salud y no excedan de los gastos usuales, razonables y acostumbrados.

5.2 El saldo del Máximo Vitalicio disponible para un asegurado se reducirá al 50% al cumplimiento de los 65 años de edad del asegurado titular o cónyuge.

5.3 En el caso de afiliados que no están participando en el pago de la prima de dependientes, se cobrará primas por dependiente a partir del tercer mes de embarazo, para lo cual la afiliada deberá hacer la notificación respectiva a la Compañía, caso contrario no podrá gozar de la cobertura de recién nacido (siempre y cuando esté habilitada la categoría de dependientes).

5.4 Control niño sano desde el 1er día de nacido hasta los 10 años estarán cubiertas las vacunas establecidas en el programa ampliado de inmunización (PAI) de la Secretaría de Salud de Honduras. (siempre y cuando esté habilitada la categoría de dependientes).

5.5 El periodo máximo para la presentación de reclamos es de 6 meses contados a partir de la fecha en que se incurrió en el gasto, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y no tenga primas pendientes de pago.

5.6 Una vez cancelada la póliza y/o por la baja de un asegurado en la póliza por cualquier causa, el periodo máximo para la presentación de reclamos elegibles es de 30 días contados a partir de la fecha de dicha cancelación de la póliza y/o baja del asegurado siempre y cuando :

- a. Los gastos hayan sido incurridos en la vigencia de la póliza y previo a la cancelación de la misma.
- b. No excedan los 6 meses indicados en el inciso 5.5
- c. Las primas hayan sido pagadas en su totalidad.

5.7 La presente póliza brindará la cobertura en caso de accidente o enfermedad laboral; al afiliado dentro y fuera de la ocupación laboral. La cobertura para el dependiente Cónyuge aplica únicamente para la coordinación de beneficio (coaseguro no cubierto por la otra Compañía, en caso de contar con otro seguro médico privado), sino cuenta con otro seguro médico aplica la cobertura de acuerdo a las condiciones de la póliza; siempre y cuando esté habilitada la categoría de dependientes.



**5.8** La Red de proveedores Medico-Hospitalario se otorga de acuerdo a las condiciones descritas en el anexo 1 el cual forma parte integral de la póliza.

**5.9** Toda solicitud de modificación deberá ser solicitada a la Compañía por escrito y deberá quedar constancia de la recepción de este documento.

En consecuencia, los agentes, intermediarios o cualquier otra persona no autorizada, carecen de facultades para solicitar modificaciones o concesiones a la póliza.

**5.10** La atención de pago de reclamos, pre-certificaciones y autorizaciones médicas, servicios en la red de proveedores y cualquier otro servicio cubierto por esta póliza quedaran suspendidos automáticamente cuando la póliza presente primas pendientes de pago con una mora mayor a 30 días.

**5.11** Se establece un periodo máximo de 60 días para errores u omisiones en la notificación de inclusiones o Exclusiones y actualización del censo de los Asegurados.

**5.12** El período máximo para el pago de reembolso de gastos médicos es de 10 días hábiles contando a partir de la fecha en que se recibe la documentación completa en la compañía de seguros.

**5.13** Gastos de oftalmología solo estará cubierto en casa de enfermedades propias del ojo y en caso de accidente.

**5.14** Se tendrá la siguiente programación de visitas a las instalaciones del Instituto en Tegucigalpa y San Pedro Sula:

a) Mes de Junio 2016: en un Horario de Lunes a Viernes de 8:00am a 4:00pm.

b) Mes de Julio 2016: los días lunes, miércoles y viernes de 8:00am a 12:00pm.

**5.15** Los meses subsiguientes hasta el vencimiento de la póliza: 2 veces por semana en los días indicados por el contratante.

**5.16** Enfermedades Crónicas y Degenerativas: Para las personas que se trasladan de compañía aplicará la continuidad de cobertura, para nuevos ingresos aplicará un periodo de espera de 12 meses continuos de preexistencias (este período podrá variar de acuerdo al análisis efectuado por la compañía de seguros).

**5.17** Daremos continuidad de cobertura para las condiciones de salud pre-existentes para afiliados que inicien con la póliza, según lo acordado el llenado de solicitud de seguro aplicaría para nuevos ingresos, los asegurados que se trasladen de compañía con continuidad serán reportados por medio de listados y no aplicaría esta condición.

**5.18** Se Incluye en la Red Farmacias las Farmacias Siman.

**5.19 Cobertura Para dependientes (Se requiere un mínimo de afiliación de 15% de los asegurados titulares en la categoría de dependientes, para aperturas las mismas):**

5.19.1 Edad Máxima de Ingreso para Cónyuge: al cumplimiento de los 65 años de edad.

5.19.2 Edad Máxima de Permanencia para Cónyuge: al cumplimiento de los 75 años de edad.

5.19.3 Tarifa mensual por dependientes: L. 325.00

5.19.4 **Hijos:** Edad mínima de ingreso, a partir del primer día de nacido hasta por el máximo vitalicio; es requisito para otorgar esta cobertura que la madre haya pasado el periodo de espera para la cobertura de maternidad, por el embarazo que dio como resultado el alumbramiento del recién nacido. La inclusión del recién nacido debe ser reportada dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento. Posterior a este plazo deberá completar los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine y los gastos en que haya incurrido se aplicaran en el máximo vitalicio de la



madre; en caso que la madre no haya cubierto el periodo de espera de la maternidad, la inclusión del niño será a partir de día 10 del nacimiento.

La cobertura de los hijos dependientes se otorga hasta la edad de 19 años, extendiendo la cobertura hasta el cumplimiento de los veintitrés (23) años; siempre y cuando:

- a. Dependencia económicamente de los padres.
- b. Estudie a tiempo completo en un centro educativo reconocido.
- c. No esté habilitado o emancipado legalmente.
- d. Sin Progenie. (Conjunto de hijos o descendientes de una persona).

El asegurado titular deberá presentar constancia de estudio a tiempo completo y de dependencia económica de los hijos dependientes, a partir del cumplimiento de los diez y nueve (19) años de edad, estos documentos deberán adjuntarse en la primera reclamación presentada dentro de la vigencia de la póliza o a solicitud de la Compañía cuando lo considere necesario; la constancia tendrá validez durante la vigencia de la póliza.

## **6 Pre- Certificación Médica.**

**6.1** Es requisito indispensable y obligatorio la Pre-Certificación para el manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico, programado o electivo, maternidad y los exámenes especiales indicados por un médico colegiado dentro del alcance de su licencia y especialidad, con un costo mayor o igual a L3,000.00; la Pre-Certificación deberá ser solicitada por el asegurado a la Compañía cinco (5) días hábiles antes del tratamiento, procedimiento o fecha de alumbramiento, mediante el formulario designado para tal fin, completamente lleno adjuntando historia clínica, exámenes y/o estudios realizados y cualquier otra información requerida por la Compañía.

**6.2** En los casos no pre-certificados el asegurado deberá pagar el total de la cuenta y presentar el reclamo a la Compañía, si el gasto después del análisis correspondiente resulta elegible, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta en un 30% adicional al coaseguro establecido en esta póliza aplicable a gastos elegibles incurridos dentro o fuera de Honduras, siempre aplicando los valores de deducible, gastos en exceso y sujeto a los costos razonables y acostumbrados para esa hospitalización o procedimiento.

Los estudios de laboratorio y realización de Fisioterapia hasta (10 sesiones) no requieren pre-certificación médica; los servicios antes descritos serán sujetos a pre-certificación médica en los casos siguientes:

- a. A partir de la onceava sesión de Fisioterapia.
- b. Servicios de laboratorio y Fisioterapias a realizarse fuera del territorio nacional ( No aplica para los asegurados residentes en los países del resto de Centro América)

**6.3** Para todo manejo intra-hospitalario quirúrgico o no quirúrgico programable o electivo la Compañía podrá solicitar en casos necesarios y sin costo para el asegurado una segunda evaluación médica, requisito para la aprobación de la pre-certificación, teniendo derecho el asegurado o la Compañía a



solicitar hasta una tercera opinión con fines de reconfirmación del procedimiento sugerido por el médico tratante.

**6.4** Si después de la tercera opinión médica la Pre-certificación es denegada y el asegurado se somete a dicho procedimiento, la Compañía se reserva el derecho de incrementar el coaseguro hasta en un 15% adicional al coaseguro establecido en esta póliza aplicable a gastos elegibles incurridos dentro de Centro América y un 10% aplicable a gastos médicos incurridos fuera de Centro América, este porcentaje es adicional al coaseguro establecido en estas condiciones especiales para ambas coberturas, siempre que el gasto sea elegible.

**6.5** En procedimientos quirúrgicos programables o electivos en los cuales se cambie el diagnóstico inicial o se agregue otro diagnóstico a la historia clínica, es requisito gestionar una nueva pre-certificación. En los casos en que la Compañía lo considere necesario podrá confirmar dicho diagnóstico mediante la investigación médica.

**6.6** Si el asegurado permaneciera hospitalizado más días de los autorizados en la pre-certificación es requisito solicitar una nueva autorización, de lo contrario la Compañía no reconocerá los gastos incurridos en esos días.

**6.7** Las admisiones de emergencia deben ser notificadas a la Compañía dentro de las primeras veinticuatro (24) horas o el día hábil siguiente a la admisión.

## **7 Pre-Certificación De Medicamentos:**

**7.1** El suministro de medicamentos que deben ser obligatoriamente pre-autorizados por medio de la Red de Farmacias es la siguiente:

- a. Todo medicamento de uso continuo y permanente.
- b. Todo medicamento indicado para tratamiento mayor a 30 días.
- c. Compra de medicamentos (s) con un monto igual o superior a L 3,000.00 por asegurado, indistintamente si la compra se realizó en una o varias farmacias de la Red, por uno o varios diagnósticos acumulados en un periodo de 30 días, la siguiente compra requerirá pre-autorización.

**7.2** Toda compra de medicamentos que no cumpla con los criterios mencionados en el inciso anterior, podrá ser suministrado sin previa autorización de la Compañía de seguros siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos para el uso de la Red de Farmacias (Ver anexo I).

**7.3** La pre-autorización por concepto de medicamentos de uso continuo y permanente se brindará hasta para un periodo de seis (6) meses de tratamiento, suministrando al asegurado hasta dos meses de tratamiento por cada evento o compra.

**7.4** En caso de haber cambios en el tratamiento indicado en la pre-autorización una vez iniciado el suministro, el asegurado deberá solicitar una nueva pre-autorización, la anterior será anulada quedando sin validez.



7.5 En caso que el asegurado no haya cubierto el deducible según condiciones de la póliza, el mismo será cubierto en la Red de Farmacias.

#### **8 Condición de Salud Preexistentes**

Se define como una enfermedad, lesión corporal, condición de salud o la presencia de síntomas y/o signos por los cuales el asegurado, previo a la fecha efectiva de su seguro:

- a. Tuvo advertencia médica o consultó a un médico.
- b. Recibió tratamiento médico, servicios o suministros médicos.
- c. Se ha practicado o le recomendaron exámenes para el diagnóstico pertinente.
- d. Tomó drogas o medicamentos recetados o recomendados.
- e. Asistió a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Se consideran también enfermedades o lesiones pre-existentes:

- a. Las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de iniciada la cobertura de la póliza.
- b. Tenga o no conocimiento el asegurado, de su existencia.

8.1 Enfermedades crónicas y/o degenerativas: Para las personas que inicien con la primera vigencia de la póliza aplica la continuidad de cobertura, para nuevos ingresos aplicara el plazo de 12 meses de preexistencia (este período podrá variar de acuerdo al análisis efectuado por la compañía).

8.2 Daremos continuidad de cobertura para las condiciones de salud pre-existentes para los afiliados que inician con la póliza; según lo acordado el llenado de la solicitud de seguro aplicaría para nuevos ingresos, los asegurados que se trasladen de la anterior compañía de seguros con continuidad serán reportados por medio de listados y no aplicaría esta condición.

8.3 Para nuevos ingresos a partir del 06 de junio del 2016, el periodo de espera para enfermedades preexistentes No Graves, será un mínimo de 12 meses de cobertura continua, siempre que esta enfermedades sean declaradas por el asegurado y aceptadas por la Compañía de seguros.

8.4 Enfermedades graves; se define como el conjunto de enfermedades o condiciones de salud que ponen en alto riesgo la vida y la salud de una persona y que a la vez involucra elevados costos de atención y tratamiento, así como un nivel elevado de especialización hospitalaria y médica. Son algunas enfermedades graves pero no limitadas a las siguientes:

- 8.4.1 Enfermedades Cerebro vasculares incluyendo accidentes cerebro vascular y los procedimientos neuroquirúrgicos respectivos para su tratamiento.
- 8.4.2 Enfermedades Cardiovasculares que incluye: infarto agudo al miocardio, cardiopatías y demás enfermedades que requieran de: Cateterismo cardiaco, angiografía, angioplastia, Bypass Aortocoronario y demás procedimientos de cirugía cardiaca.
- 8.4.3 Cáncer de cualquier tipo, que incluye los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia.



- 8.4.4 Enfermedades Renales y/o Hepática Crónica incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.
- 8.4.5 Enfermedades Metabólicas o Endocrinológicas.
- 8.4.6 Lupus Eritematoso Sistémico.
- 8.4.7 Enfermedades Inmunológicas: SIDA.
- 8.4.8 Hernia, Abdominal, Inguinal, Discal o Lumbar, Diafragmática y otras,
- 8.4.9 Padecimientos Articulares, Incluye Artritis de cualquier Etiología.

## 9 Exclusiones y Limitaciones:

Esta póliza no brindara cobertura o reconocerá gastos por ninguna de las siguientes condiciones:

- 9.1 Exámenes de la vista, habilitación de lentes o aparatos auditivos; Las enfermedades propias del ojo si estarán cubiertas.
- 9.2 Reemplazo o ajuste de aparatos auditivos, anteojos y lentes de contacto, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo y cualquier otra refracción de la vista.
- 9.3 Tratamientos o intervención quirúrgica para la transformación sexual y trastornos sexuales.
- 9.4 Tratamientos o intervención quirúrgica para la infertilidad y la fecundación in-vitro.
- 9.5 Hormonas para el tratamiento del climaterio y/o menopausia y anticoncepción.
- 9.6 Tratamientos para la obesidad o pérdida de peso y todo trastorno alimenticio, tratamientos con nutricionistas, la anorexia y bulimia.
- 9.7 Trastornos mentales, depresiones, ansiedades o desórdenes nerviosos funcionales, excepto si los mismos son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, recomendados por el médico tratante durante la reclusión hospitalaria del asegurado.
- 9.8 Los servicios o tratamientos suministrados por médicos familiares del individuo asegurado, dentro del primer y segundo grado de consanguinidad y afinidad. Aquellos cargos por gastos incurridos dentro de un establecimiento que sea propiedad del individuo asegurado o de un familiar dentro del primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad.
- 9.9 Gastos por la atención o tratamientos de lesiones a consecuencia de accidentes, sufridos por un asegurado por encontrarse en estado de embriaguez.
- 9.10 Padecimientos y enfermedades congénitas, definiéndose como: la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto; en los casos donde el asegurado no tenga conocimiento de padecer una enfermedad congénita estará cubierta, siempre que sea diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza y no haya recibido tratamiento previo por dicho diagnóstico.



Para los recién nacidos dentro de la cobertura de la póliza; siempre y cuando cuente con la cobertura desde el primer día de nacido o cuidado crítico neonatal las enfermedades congénitas si estarán cubiertas.

**9.11 Enfermedades preexistentes graves y condiciones de salud no declaradas en la solicitud de Inscripción del seguro.**

**9.12 Reconocimientos médicos o chequeos generales.**

**9.13 Lesiones que sufra el asegurado en: Servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.**

Aplican los demás condiciones y exclusiones descritas en las condiciones generales y especiales de la póliza.

**AGRAVACIÓN DEL RIESGO:** El Asegurado deberá comunicar a la Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por la compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a la compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer.

La falta de esta comunicación faculta a la compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de la compañía concluirá 15 días después de haber comunicado su resolución al asegurado

**SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS** Cualquier controversia o conflicto entre las partes que surja relacionado directamente o indirectamente con este Contrato ya sea de su naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo se resolverá mediante la promoción de la acción que corresponda a interponerse ante la jurisdicción y competencia del Juzgado de Letras Civil del departamento de Francisco Morazán.