



SEGUROS DEL PAÍS

**SEGURO DE VIDA CON SALUD
CONDICIONES ESPECIALES**

DATOS GENERALES

CONTRATANTE: PODER JUDICIAL

DIRECCIÓN DE COBRO: Colonia Miraflores, Palacio de Justicia, bulevar Kuwait,
Tegucigalpa, M.D.C., Francisco Morazán.
Teléfono: 2275-7500

POLIZA No.: 01-GM-140001
01- VC-840001

EXPEDIENTE: 13092

VIGENCIA: Desde: 01/06/2015 al mediodía
Hasta: 01/06/2016 al mediodía

Prima Anual: Seguro de Vida: L13,023,945.79
Seguro Medico Hospitalario: L25,908,260.00

FORMA DE PAGO: Trimestral

MONEDA: Lempiras

COBERTURAS: Según Tabla de Beneficios



SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO PARA FUNCIONARIOS Y
EMPLEADOS DEL PODER JUDICIAL A NIVEL NACIONAL
LICITACION PUBLICA NO. 06-2014

ESPECIFICACIONES TECNICAS

CLAÚSULA No. 1

Seguros del País, S.A., del domicilio de San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A. en lo sucesivo de este contrato se llamará "**La Compañía**" de conformidad con las condiciones Generales y Especiales de la presente póliza, conviene en asegurar bajo la cobertura de una póliza de vida con salud a los empleados del **PODER JUDICIAL**, quién en lo sucesivo se denominará "**El Contratante**".

CLAÚSULA No. 2

La Compañía asume estos riesgos sobre la base de las declaraciones hechas por los asegurados en las solicitudes individuales, en la solicitud del contratante y dentro de las condiciones generales y especiales de la presente póliza.

CLAÚSULA No. 3

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO.- El Contratante informará ampliamente a cada uno de los empleados en el momento de cierre de la negociación del contrato, sobre el Seguro de vida con salud suscrito a su favor. El correspondiente contrato de seguro firmado por la compañía, será anexado al contrato del que formará parte integrante.

CLAÚSULA No. 4

PAGO DE LA PRIMA.- Las primas son pagaderas a **La Compañía** el día de su vencimiento o antes, pasado el plazo de treinta (30) días **La Compañía** no será responsable por los Sinistros que ocurran, tal como lo menciona el artículo No. 1249 del Código de Comercio de Honduras.

CONDICIONES TÉCNICAS SEGÚN BASES DE LICITACION

La póliza de Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario con sus coberturas, se sujetan a las condiciones generales y especificaciones técnicas, que se consignan en las bases y dan respuesta punto a punto de la forma siguiente:

1. CONDICIONES ESPECIALES

- (a) La Compañía se obliga a prestar el servicio de Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario para Funcionarios y Empleados del Poder Judicial, conforme al detalle del listado de personas a asegurar; en el entendido que este grupo está sujeto a altas y bajas, a lo cual se sujeta el seguro.
- (b) El servicio de la Póliza de Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario, se prestará por el periodo de (1) un año, a partir de la fecha indicada en la caratula de esta póliza.
- (c) El Poder Judicial pagará la prima de la póliza de Seguro Colectivo y Médico Hospitalario en cuotas de cuatro (4) pagos trimestrales.
- (d) El Poder Judicial se reserva el derecho de que para efectos del manejo de sus seguros en los rubros requeridos, pueda aumentar, durante la vigencia de las pólizas, las sumas aseguradas hasta un trece por ciento (13%) sin que ello implique ninguna alteración de la oferta, en todo caso el Poder Judicial estará en la obligación de pagar las primas por las sumas aseguradas que exceden de dicho trece por ciento (13%). Esto es aplicable a la Suma Asegurada del Seguro de Vida.
- (e) La Compañía deberá constituir y mantener las reservas y provisiones técnicas necesarias para responder por el cumplimiento de las obligaciones derivadas de esta póliza, siguiendo fielmente las disposiciones que sobre esta materia le indique la Comisión Nacional de Banca y Seguros, conforme lo indica la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y sus Reglamentos.
- (f) La Compañía Aseguradora visitará al contratante los días lunes, miércoles y viernes de cada semana para resolver los diferentes reclamos que surjan durante la vigencia de la póliza, así como para, la entrega de cheques de indemnización, cheques de gastos médicos o detalle de transferencias bancarias si fuere el caso, como la liquidación de los reclamos médicos, recoger documentos de reclamos que se presenten semanalmente y cualquier otro afines a la administración de la Póliza del seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario; la visita deberá ser por un ejecutivo de la compañía adjudicada que tenga acceso a las gerencias involucradas en la toma de decisiones.
- (g) La Compañía proporcionará al Poder Judicial, sin costo alguno, todos los informes que se requieran para el adecuado control de programas de seguros, lo mismo que el material y Recursos Humanos que permita la divulgación de las bondades y demás características de los seguros a nivel nacional.

- (h) La Compañía emitirá las Constancias que permitan al Funcionario y/o Empleado; acreditar su calidad de Asegurados, cuando la misma deba constituir un requisito por razones de estudio tanto a nivel nacional como internacional, sin costo alguno para el Titular asegurado, ni para el Poder Judicial.
- (i) Todo cargo o crédito por movimiento de Altas y Bajas o Dependientes Económicos, será calculado a Prorrata.
- (j) El Poder Judicial se reserva el derecho de solicitar informes de siniestralidad, en el periodo que considere conveniente, tanto global como individualizada, comprometiéndose a manejar la misma de manera responsable y confidencial.

La compañía aseguradora deberá proporcionar la información solicitada dentro de los siguientes veinte (20) días calendario, contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud que haga el Departamento de Beneficios Sociales del Poder Judicial.

COBERTURAS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

- (a) Muerte Natural: El beneficio será de veinticuatro (24) meses de sueldo con un mínimo de L.200,000.00 (Doscientos Mil Lempiras) y un máximo de L.2,500,000.00 (Dos millones Quinientos mil Lempiras)
- (b) La cobertura básica del seguro colectivo de vida, abarcará siniestros ocurridos, en conmociones civiles, motines, disturbios públicos, riñas, huelgas y cualquier otra actividad similar siempre y cuando la participación del asegurado directo y/o dependiente económico sea circunstancial y no como sujeto activo en los eventos antes descritos. De igual manera deberá estar cubierto aun cuando el siniestro fuera a consecuencia de cualquier desastre natural. La cobertura del seguro de vida es de 24 horas al día los 365 días del año, o trescientos sesenta y seis (366) de ser año bisiesto, a nivel mundial, dentro y fuera de la ocupación y cobertura automática para nuevos empleados.
- (c) Beneficios del seguro de Vida
 - 1. Muerte natural, por cualquier causa (incluyendo suicidio)
 - 2. Doble indemnización por muerte accidental común incluyendo el homicidio y asesinato
 - 3. Triple indemnización por muerte accidental calificada
 - 4. Renta mensual por incapacidad total y permanente derivada de enfermedad o accidente, pagadera en 12 cuotas o un solo pago a conveniencia y petición del asegurado que ha sido declarado incapacitado total y permanentemente, con cobertura hasta la edad de los 65 años.
 - 5. Suicidio cubierto desde el primer día de vigencia de la póliza.
 - 6. Gastos de sepelio (o fúnebres), de cincuenta mil lempiras L.50,000.00 pagadero inmediatamente al fallecimiento del empleado asegurado.
 - 7. Reducción de la suma asegurada al 50% al cumplimiento de los 65 años
 - 8. Repatriación por muerte en el extranjero.

9. Adelanto de Capital por enfermedad terminal

(d) DESCRIPCION DE LA COBERTURA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

1. MUERTE NATURAL:

En caso de muerte natural de algún asegurado, la compañía Aseguradora pagará la suma básica asegurada, conforme la información suministrada en el listado proporcionado en las bases de la licitación y las adiciones y/o modificaciones salariales que se susciten dentro del periodo de cobertura, tomando como bases para el pago respectivo, el salario asignado o nominal que este devengando el Funcionario o Empleado al momento del siniestro aun cuando este salario sea por un ascenso interino, sea que la aseguradora tenga o no conocimiento de tal salario o del nombramiento del funcionario y/o Empleado.

En todo caso el Poder Judicial está obligado al pago del ajuste de primas correspondiente, siempre considerando lo manifestado en el inciso (d) de las condiciones especiales de las condiciones técnicas. Serán considerados dentro de esta cobertura los siguientes casos fortuitos como: Terremotos, inundaciones, huracanes, derrumbes y/o cualquier otro desastre natural.

2. MUERTE ACCIDENTAL

En caso de muerte accidental incluyendo homicidio o asesinato de algún asegurado, la Compañía Aseguradora pagará el doble de la suma básica asegurada.

3. INCAPACIDAD POR DESMEMBRAMIENTO Y/O PERDIDA DE LOS OJOS DE O DEL LA VISTA, POR CAUSA ACCIDENTAL O ENFERMEDAD DEBIDAMENTE COMPROBADA.

Si el asegurado sufre un desmembramiento o perdida de la vista o de los ojos por causa accidental o enfermedad debidamente comprobada, la Compañía Aseguradora pagará una indemnización sobre la Suma asegurada Básica, que se denominara la Suma Principal. De acuerdo con la siguiente Tabla de Incapacidades:

TABLA DE INDEMNIZACIONES

1.	Ambas manos, ambos pies, o la pérdida de los ojos, o la vista de ambos	La suma principal
2.	Una mano y un pie	La suma principal
3.	Una mano o un pie y un ojo o la vista de un ojo	La suma principal
4.	Una mano o un pie	50% de la suma principal
5.	La pérdida de un ojo o la vista de este	50% de la suma principal
6.	La perdida de las orejas y ambos oídos	La suma principal
7.	Perdida de una oreja o un oído	50% de la suma principal



- | | | |
|-----|---|--------------------------|
| 8. | El dedo pulgar | 25% de la suma principal |
| 9. | El dedo índice | 10% de la suma principal |
| 10. | Los dedos medio, anular o menique | 5% de la suma principal |
| 11. | Pérdida Total de cualquier otro dedo de las manos | 6% de la suma principal |
| 12. | Pérdida total del dedo gordo del pie | 8% de la suma principal |
| 13. | Pérdida total de cualquier otro dedo del pie | 4% de la suma principal |

4. CASOS CALIFICADOS

Si el accidente es calificado se pagará el triple de la suma básica asegurada. Para los efectos de este beneficio, se entiende por accidente calificado, aquel que sufra el asegurado en los siguientes casos:

- 1) Mientras se encuentre viajando, como pasajero en un vehículo propulsado manual y/o mecánicamente, (caballar, nave aérea, marítima, automotor y ferrocarril) operado por una empresa de transporte público o estatal; medio de transporte que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o en consecuencia de ello.
- 2) Mientras se transporte como pasajero dentro de un ascensor de uso público (con excepción de ascensores en minas); siempre y cuando no esté realizando una actividad propia de su cargo.
- 3) Como consecuencia de un desastre o incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público.

RIESGOS COMPLEMENTARIOS CUBIERTOS

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, PAGO ANTICIPADO DE CAPITAL;

Se determinará si el asegurado sufre una situación física o mental irreversible que le inhabilite como mínimo en un ochenta por ciento (80%) para continuar cualquier relación laboral o actividad profesional con el Poder Judicial, donde expresamente y dictaminada por un médico que labore en un hospital del Estado.- Deberá hacer constar la parálisis en un ochenta por ciento (80%) del cuerpo o medio cuerpo, la pérdida anatómica o funcional de las dos extremidades superiores o inferiores o de una superior y otra inferior o de las dos (2) manos completas, la enajenación mental en un ochenta por ciento (80%) y que esta sea irreversible y cualquier otra afección crónica que produzcan un estado de caquexia por el cual el enfermo asegurado quede definitivamente condenado a la inmovilidad; la Compañía Aseguradora le otorgará en un solo pago o una renta mensual que se determinará dividiendo la suma básica asegurada individual entre doce (12). Si el asegurado falleciere antes de percibir el total de las rentas, las cuales se encuentren pendientes serán pagadas a los beneficiarios.

2. ADELANTO DE CAPITAL POR ENFERMEDAD TERMINAL.

El 35% de la Suma Asegurada de Vida (sin mínimo), se pagará anticipadamente al empleado o representante legal, al diagnosticársele una enfermedad terminal, según detalle, con una razonable seguridad de fallecimiento, en los siguientes doce (12) meses y comprobada por una segunda opinión y confirmada por un médico que designe el Poder Judicial siempre y cuando haya estado cubierto bajo la póliza un mínimo de diez (10) meses.

Enfermedades Terminales:

- Insuficiencia Renal
- Infarto de Miocardio
- Derrame o Hemograma Cerebral (Accidente Cerebro Vascular)
- Cirugía Arterio-coronario
- Cáncer
- Sida y
- Cualquier otra enfermedad terminal que haya diagnosticado el médico asignado por el Poder Judicial y confirmado por el Médico designado por la Compañía de Seguros, donde razonablemente se espere el fallecimiento del Asegurado dentro de los próximos (12) meses. En caso de discrepancia en el diagnóstico, de común acuerdo buscarán una tercera opinión y su diagnóstico será definitivo.

3. SUICIDIO

Suicidio a partir del primer día de vigencia de la póliza.

4. EDAD MAXIMA DE ASEGURABILIDAD.

- Edad Máxima de asegurabilidad para muerte natural hasta los 75 años.
- Edad máxima de asegurabilidad hasta los 65 años para los beneficios doble indemnización por muerte accidental y beneficio por incapacidad total y permanente.
- Cobertura de edad máxima a asegurar a nuevos funcionarios y empleados de setenta (70) años a excepción de los Magistrados de la Corte Suprema Justicia que será de setenta y cinco (75) años, el seguro de vida terminará automáticamente a los setenta y cinco (75) años, para todo, las mismas edades se tomará para las coberturas de los dependientes económicos.

5. GASTOS FÚNEBRES E INDEMNIZACION POR MUERTE.

Se otorgará la suma de CINCUENTA MIL LEMPIRAS (L.50,000.00) sin afectar la suma principal asegurada, esta deberá ser pagada directamente a los beneficiarios designados por el Asegurado en la Solicitud de inscripción.



Bastará la presentación del Acta de Defunción, copia de la tarjeta de identidad del fallecido y de sus beneficiarios o partida de nacimiento en caso de tratarse de menores de edad, además de una carta firmada por la Jefatura del Departamento de Beneficios Sociales del Poder Judicial formalizando la petición.

De no existir beneficiarios declarados en la solicitud de inscripción, el beneficio se otorgará a la o las personas que acrediten sus derechos hereditarios conforme a la sentencia dictada por el Juzgado correspondiente, presentado a su vez todos los documentos que señala el párrafo anterior.

6. INDEMNIZACION POR MUERTE.

La indemnización del seguro de Vida, deberá ser pagada directamente a los beneficiarios designados en la Solicitud de Inscripción, o sus Herederos legales, en caso de no haber nombrado beneficiarios en la Solicitud de Inscripción; esta, deberá pagarse a mas tardar dentro de los siguientes quince (15) días hábiles, contados de la fecha en la cual se presentaron todos los documentos necesarios para formalizar el Reclamo:

- (a) Acta de Defunción o copia debidamente autenticadas por Notario
- (b) Copia de la tarjeta de identidad del fallecido
- (c) Original de la Boleta Estadística o copia autenticada por Notario, cuando aplique.
- (d) Original del informe de la autoridad que se hizo presente, en el caso de fallecimiento violento o por accidente, o copia autenticada por notario.
- (e) Copia de la Tarjeta de Identidad de los beneficiarios o Partida de nacimiento originales en caso de ser menores de edad.
- (f) Carta en papel membretado del Departamento de Beneficios Sociales del Poder Judicial, formalizando el reclamo y firmada por persona autorizada para el efecto.

7. INDEMNIZACION POR REPATRIACION

Al fallecimiento de un asegurado fuera de la República de Honduras, por razones de su ocupación o no, se cubrirá adicional a la cobertura de vida y gastos fúnebres un 20% de la suma asegurada con máximo de ciento cincuenta mil lempiras exactos (L.150,000.00)

SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO

- A) Condiciones del Beneficio de Diagnóstico, Tratamientos y/o Curación resultante de una enfermedad, lesiones, y/o por accidente, la cobertura del Seguro Colectivo de Vida y Medico Hospitalario será de veinticuatro (24) horas al día los trescientos sesenta y cinco (365) días del año o trescientos sesenta y seis (366) de ser bisiesto.

- 1. En los casos de condiciones preexistentes, ya sea que el Asegurado Titular y/o sus dependientes Económicos, tengan conocimiento o no de ellas,

estarán cubiertos desde el primer día de ingreso al seguro, las veinticuatro (24) horas del día, dentro y fuera de su ocupación. Esto aplica para el Grupo asegurado existente, como también para los que ingresen dentro de la vigencia de la póliza, ya sean que tengan o no pre-existencias, por lo que la cobertura no dependerá de ningún informe de antecedentes de salud solicitado por la Compañía Aseguradora; lo anterior será aplicable para el asegurado directo y dependientes económicos.

Tampoco aplicará periodo de espera en ningún caso; es decir la cobertura es total e inmediata desde el primer día que se ingrese a laborar al Poder Judicial, **haya sido o no notificada la compañía aseguradora, o sea que la cobertura tendrá retroactividad a partir del día que el empleado o funcionario tome posesión del cargo.**

2. No podrá la Compañía Aseguradora, por el monto del cobro, decidir unilateralmente sobre los honorarios médicos o suministros de medicamentos; en todo caso esta situación deberá ser dilucidada entre el Director Médico de la Compañía Aseguradora y él o los médicos que atendieron al paciente. De no atender la Compañía lo antes descrito, será tomado como causa de incumplimiento de la Póliza.

Todo rechazo del tratamiento indicado por el médico especialista tratante, el director médico de la compañía Aseguradora, buscará una tercera opinión con un médico especialista en el ramo. En caso de conflicto el Poder Judicial se reserva el derecho de consultar dicho diagnóstico, teniendo la Compañía Aseguradora que asumir el costo; la Compañía al momento de ser adjudicada deberá presentar de forma personal al director médico y acompañar hoja de vida de dicho profesional.

3. Presentar una lista de la Red de odontólogos a nivel nacional con un mínimo de 6 odontólogos en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula y 2 en cada una de las cabeceras departamentales, las clínicas deberán estar ubicadas en lugares de fácil acceso y fuera de zonas de riesgos, debiendo contar con un equipo y personal adecuado para la prestación del servicio.- La compañía que no cuente de inmediato con esta red se le dará veinte (20) días calendario para formarla en Tegucigalpa y San Pedro Sula, y para el resto del País se otorgarán cuarenta y cinco (45) días calendario para formar dicha Red de Odontólogos, caso contrario se tomará como incumplimiento de contrato aplicándose lo dispuesto en el numeral 20,3 de las bases de licitación.

La Comisión de Evaluación de ofertas realizará inspecciones en los centros odontológicos indicados por el oferente en su oferta, de igual manera durante la vigencia de la póliza. El poder Judicial se reserva la potestad de solicitar el retiro del profesional que no reúna las condiciones de ubicación



seguridad, salubridad y atención al usuario. Asimismo el Poder Judicial tendrá la potestad de incluir dentro de la Red de Odontólogos a los que estime conveniente.

Cuando a requerimiento de la Compañía, el Asegurado deba desplazarse del lugar de su domicilio, a otro Municipio del País, para revisión de un odontológico filtro (de la Red), del trabajo realizado por un odontólogo que no se es de la Red, el adjudicatario asumirá los costos de transporte, razonables y acostumbrados, por tal desplazamiento.

4. En la cobertura de seguro medico hospitalario, queda entendido, que los gastos que normalmente se conocen con el nombre del servicio central, y que son usados en el tratamiento médico suministrado, incluyendo los elementos descartables o desechables que hayan sido usados en tratamientos del paciente o procedimiento quirúrgico según fuere el caso, al igual que los insumos, serán cubiertos.
5. Toda reposición de carnet de seguro medico hospitalario, deberá emitirse sin costo para el contratante excepto por causa imputable al empleado asegurado, quien asumirá el costo respectivo.
6. La Aseguradora deberá fundamentar, puntualmente, cualquier rechazo de gastos médicos que considere no razonables.
7. Todos los gastos reembolsados en concepto de seguro médico y odontológicos, deberán ser de conformidad al último arancel vigente de la RED HONDUREÑA DE SERVICIOS DE LA SALUD (REDHSA), y arancel odontológico respectivamente, mismos que deberán presentarse en la oferta como parte íntegra de la misma.
8. Se deberá proporcionar una red hospitalaria, farmacias, laboratorios y médicos generales y especialistas a nivel nacional, como mínimo en las siguientes ciudades: Tegucigalpa, San Pedro Sula, El Progreso, La Ceiba, Santa Rosa de Copan, Choluteca, Juticalpa y el Departamento de Islas de la Bahía a efecto de facilitar las atenciones medicas hospitalarias en casos de urgencias, asimismo esta red deberá de funcionar para consultas, atenciones y prestación de servicios ambulatorios que garantice la pronta y efectiva prestación de los servicios médicos: este listado deberá ser discutido por la Compañía adjudicataria y el Departamento de Beneficios Sociales del Poder Judicial con el fin de homologar criterios, y así dejar a los proveedores que mas convengan a los intereses del Poder Judicial, mismo que tendrá la facultad de solicitar se amplíe o se retire a los proveedores según su experiencia y conveniencia.

9. Coordinación de beneficios, aun cuando las pólizas estén en la misma Compañía; el Plan que cubra al asegurado como empleado (asegurado(a) directo(a)) determinará sus beneficios antes que el plan que lo cubra como dependiente.

10. Ambulancia profesional terrestre o aérea según sea el caso, desde lugar del accidente o enfermedad hasta un hospital equipado para brindar la atención necesaria al paciente.

11. Cobertura para hijos Dependientes Económicamente: deberán comprobar mediante Constancia emitida por el centro de Estudios, Universidad, etc. Que son estudiantes a tiempo completo, solteros y sin compromisos de Conyugue, compañera de hogar y/o hijos", el empleado deberá renovar las constancias de estudio cada seis meses, o según el tiempo que se estime conveniente.

11.1. Inmediatamente al nacer hasta los veintiún (21) años, extendiéndose hasta los veinticinco (25) años con hoja de matrícula de universidad, misma que deberá ser renovada por el asegurado directo al ser solicitada por la jefatura de Beneficios Sociales del Poder Judicial.

11.2. Inmediatamente para recién nacidos antes o después de salir del hospital esté en un hospital de la red o un hospital privado, incluyendo todos los servicios necesarios para la atención del paciente hasta el máximo anual contratado, a condición que ocurra lo siguiente:

- Enfermedades contraídas al momento de nacer
- Defectos congénitos que requieran cirugía o tratamientos especiales
- Parto prematuro
- Cualquier otra condición médica que amerite atención antes o después de salir del hospital

Las cuatro (4) coberturas antes descritas deben extenderse a cubrir a los hijos de las empleadas que conciban siendo solteras.

12. La cobertura de los dependientes económicos, sea conyugues hijos o núcleo familiar, serán las mismas que goza el titular del seguro.

B) Extensión Territorial de la Cobertura

- Cobertura Centroamericana Panamá y Belice Plan A, corresponde a la categoría A, B, C.
- Cobertura Mundial Plan B, corresponde a la categoría D y E.



C) Categorías Salario en lempiras

01 A 10,000	Categoría "A"
10,001 A 30,000	Categoría "B"
30,001 A 60,000	Categoría "C"
60,001 A 90,000.00	Categoría "D"
90,001 a En Adelante	Categoría "E"

D) Rangos de Salario

- L.001.00 A 60,000.00 Aplica Plan "A" (Cobertura Centroamericana, Panamá y Belice)
- L.60,001.00 o mas Aplica Plan "B" (Cobertura Mundial)

**PLAN A (COBERTURA C.A /PANAMA Y BELICE)
Máximo Por año Póliza**

- Categoría "A" L. 750,000.00
- Categoría "B" L. 1,000,000.00
- Categoría "C" L. 1,500,000.00

Deducible en C.A Panamá y Belice (máximo tres por familia)

- Categoría "A" L. 800.00
- Categoría "B" L. 1,300.00
- Categoría "C" L. 2,000.00

Deducible fuera de C.A: N/A

Alojamiento y Alimentación en C.A Panamá y Belice

- Categoría "A" L. 1,350.00
- Categoría "B" L. 1,350.00
- Categoría "C" L. 1,350.00

Alojamiento y Alimentación fuera de C.A: N/A

Porcentaje de reembolso en C.A Panamá y Belice

- Categoría "A" 80%
- Categoría "B" 80%
- Categoría "C" 80%

Porcentaje de reembolso fuera de C.A: N/A

Límite de Coaseguro en C.A Panamá y Belice

- Categoría "A" L. 18,000.00
- Categoría "B" L. 27,000.00



- Categoría "C" L. 33,000.00
- Límite de Coaseguro fuera de C.A: N/A

Gastos Fúnebres: Amparada

- Categoría "A" L. 50,000.00
- Categoría "B" L. 50,000.00
- Categoría "C" L. 50,000.00

Atención a parto: Amparada

La atención de parto estará cubierta con las siguientes cantidades a Reembolsar:

Categoría	Parto Normal	Cesárea	Aborto Legal/ Mal Parto
Categoría "A"	L.27,000.00	L.33,000.00	L.20,000.00
Categoría "B"	L.27,000.00	L.33,000.00	L.20,000.00
Categoría "C"	L.27,000.00	L.33,000.00	L.20,000.00
	PLAN "B"	PLAN "B"	PLAN "B"
Categoría "D"	L.27,000.00	L.33,000.00	L.20,000.00
Categoría "E"	L.27,000.00	L.33,000.00	L.20,000.00

Estas cantidades deberán ser reembolsadas independientemente de lo que indique el arancel de la Red Hondureña de Servicios de la Salud (REDHSA)

Gastos por SIDA: Amparada

- Categoría "A" 50% sobre la suma asegurada
- Categoría "B" 50% sobre la suma asegurada
- Categoría "C" 50% sobre la suma asegurada

Reducción del Máximo POR AÑO POLIZA

- Categoría "A" 50% al cumplir los 65 años
- Categoría "B" 50% al cumplir los 65 años
- Categoría "C" 50% al cumplir los 65 años

PLAN B (COBERTURA MUNDIAL)
Máximo por año póliza

Suma Asegurada	L.5,000,000.00
Categoría "D" y "E"	
Deducible en C.A	L.2,500.00



Categoría "D" y "E"	
Deducible fuera de C.A	\$ 1,000.00
Categoría "D" y "E"	
Alojamiento y Alimentación en C.A	L.1,500.00
Categoría "D" y "E"	
Alojamiento y Alimentación fuera de C.A	\$ 1,000.00
Categoría "D" y "E"	
Porcentaje de reembolso en C.A	80%
Categoría "D" y "E"	
Porcentaje de reembolso fuera de C.A	75%
Categoría "D" y "E"	
Límite de Coaseguro en C.A	L.35,000.00
Categoría "D" y "E"	
Límite de Coaseguro fuera de C.A	\$ 3,200.00
Categoría "D" y "E"	
Gastos Fúnebres	L.50,000.00
Categoría "D" y "E"	

El deducible para fuera de la región Centroamericana, Panamá y Belice para el Plan "B" será una vez por año póliza independientemente del número de eventos.

Gastos por SIDA

- Categoría "D" y "E" 50% sobre la suma asegurada

Reducción del Máximo por AÑO POLIZA

- Categoría "D" y "E" 50% al cumplir los 70 años

Extracción de cada Tercera Molar Impactada: amparada

- Categoría "D" y "E" L.5,000.00

DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS DEL SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

El asegurado gozará del beneficio de diagnostico, tratamientos y/o curación resultante de una enfermedad o lesiones por accidente, a excepción aquellos que el asegurado directo haya sufrido por conducir en estado de ebriedad o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes no pre-escritos medicamente, al igual deberán estar cubiertos los medicamentos por tratamientos dentales.

GASTOS CUBIERTOS

Para todas las categorías por accidentes:

En cuanto a accidentes por practicar deportes de contacto como ser: futbol y otros, la cobertura será regulada de la siguiente manera:



Primer evento se aplicará un co-pago del 25%, segundo evento se aplicará un co-pago del 30%, tercer evento se aplicará un co-pago del 40%, el evento sub-siguiente no estará cubierto.

El beneficio del Seguro Médico Hospitalario, cubrirá los siguientes gastos:

- 1) Honorarios médicos, medicamentos y drogas recetadas por un medico autorizado, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas entre otros.
- 2) Consulta Médica dentro de Centroamérica, Panamá y Belice
 - Médico General L. 700.00
 - Médico Especialista L. 1,000.00

Consulta Médica fuera de C.A Plan "B"

- Médico General \$. 300.00
- Médico Especialista \$.400.00

- 3) Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, tomografías, ultrasonidos, resonancia magnética, electrocardiograma, encefalografía, endoscopia, suministro de prótesis y cualquier otro necesario para el diagnostico y/o tratamiento del asegurado por enfermedad o lesionado accidentalmente.
- 4) El asegurado deberá pre-certificar todo examen radiológico para diagnostico, cuando los costos de este sean mayores de L.6,000.00, exceptuando las emergencias.
- 5) Alojamiento y alimentación en hospitales, cuidados intensivos, servicios de enfermería, este último incluirá curaciones a domicilio.
- 6) Se reconocerá el 80% de máximo dos (2) consultas al año con médicos nutricionistas y/o nutriólogos colegiado en el colegio médico de Honduras únicamente las consultas aun cuando el diagnostico sea por obesidad.
- 7) Aplicación de anestesia, intervenciones quirúrgicas, cirugía plástica para reconstruir lesiones accidentales, cirugía maxilar.

7.1 Cuando hayan más de dos procedimientos en el mismo tiempo quirúrgico se aplicará la siguiente tabla:

Primer procedimiento quirúrgico	100%
Segundo Procedimiento	75%
Tercer Procedimiento	50%
Cuarto procedimiento	25%

Queda entendido que a los porcentajes arriba descritos se les aplicará el coaseguro correspondiente.

- 8) Fisioterapia, toda terapia física por cualquier patología deberá estar cubierta hasta la recuperación total del paciente a excepción de aquellas que han sido provocadas por accidentes en la práctica de deportes de contacto, se cubrirá únicamente el sesenta por ciento (60%) del número de terapias indicadas por el médico tratante,

- sala de operaciones, suministros hospitalarios, oxígeno, transfusiones de sangre, plasma, suero y otras sustancias similares.
- 9) Uso de equipos especiales; pulmón mecánico, hemodiálisis, cama especial, silla de ruedas, equipo para tratamientos de parálisis respiratoria, ambulancia, aparatos correctivos.
- 10) Así mismo, deberán estar cubiertos los gastos médicos que el grupo presente bajo las circunstancias siguientes:
- 10.1. Atención por emergencias y urgencias médicas sin límite, incluyendo los recargos cobrados por los hospitales en las emergencias nocturnas, asimismo la compañía Aseguradora No podrá limitar la atención por emergencias con listados de diagnósticos cubiertos.
 - 10.2. Enfermedades comunes
 - 10.3. Enfermedades congénitas
 - 10.4. Enfermedades pre-existentes al inicio de la cobertura del Asegurado Titular y/o sus dependientes, sea que tenga o no conocimiento de ellas, a los dependientes económicos se les aplicará un periodo de espera de cuarenta y cinco (45) días.
 - 10.5. Gastos por maternidad dentro del periodo de gestación, entendiéndose que los mismos no incluyen el resultado de parto, parto normal, cesárea, mal parto o aborto, ya que dentro de los planes A y B esta especificado el monto a cubrir por atención a parto, las complicaciones serán tratadas como cualquier otra enfermedad.
 - 10.6. Deberá estar cubierta una consulta oftalmológica al año de rutina de ojos y una con otorrinolaringólogo para revisión de rutina de oído, la misma podrá incluir el examen correspondiente; queda entendido que toda enfermedad oftalmológica que no sea procedimiento correctivo está cubierta y otorrinolaringológica.
 - 10.7. Gastos dentales ocasionados por accidente
 - 10.8. Cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o cualquier complicación resultante de la misma
 - 10.9. Gastos por todo tipo de problemas dermatológicos y/o alérgicos
 - 10.10. Cualquier gasto por medicamento o exámenes en instituciones Estatales, incluyendo el Instituto Hondureño de Seguridad Social, éstas deberán cubrirse con solo presentar receta con todas las indicaciones, diagnóstico, firma y sello del médico en la parte de atrás, siempre y cuando éstos no puedan ser suministrados por carecer de ellos.
 - 10.11. Control de Niño sano y crecimiento, todas las vacunas y vitaminas, hasta el cumplimiento de los siete (7) años de edad, o sea estará cubierta la consulta pediátrica por control y aquel examen que el especialista estima necesario para verificar el adecuado crecimiento del menor hasta la edad ya indicada.
 - 10.12. Ayuda fúnebres para dependientes económicos por la cantidad de Quince Mil Lempiras (L. 15,000.00).

- 10.13. Atención pediátrica para recién nacido (sala cuna, pediatra, etc.) Siete Mil Quinientos Lempiras (L.7,500.00) REEMBOLSABLES
- 10.14. Desordenes nerviosos
- 10.15. Gastos siquiátricos, stress y otros
- 10.16. Cáncer
- 10.17. Sida
- 10.18. La cobertura básica del seguro colectivo médico hospitalario, abarcará siniestros ocurridos, en conmociones civiles, motines, disturbios públicos, riñas, huelgas y cualquier otra actividad similar siempre y cuando la participación del asegurado directo y/o dependiente económico sea circunstancial y no como sujeto activo en los eventos antes descritos
- 10.19. La Compañía se compromete a reembolsar los gastos médicos en un período máximo de diez (10) días calendario impostergables; después de la presentación de la documentación del reclamo.
- 10.20. El tiempo máximo para presentar un reclamo será de noventa (90) días calendarios.
- 10.21. Deberán estar cubiertas las enfermedades endocrinológicas a excepción de los trastornos de climaterio y/o menopausia.

PLAN DENTAL

Estará cubierta toda la odontología general y especializada a excepción de todo tratamiento estético, como implantes, en cuanto a los implantes y blanqueamiento si deberá estar cubierto el proceso previo a la colocación de los mismos, igual deberá estar cubierto los medicamentos por cualquier patología de la cavidad oral.

La cantidad total de los beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier individuo Asegurado debido a cargos por Gastos Dentales, no excederán el máximo siguiente; Máximo a reembolsar por año póliza Treinta Mil Lempiras (30,000.00) por persona asegurada.

Extracción de cada Tercera Molar Impactada: Amparada

- Categoría "A" L.4,000.00
- Categoría "B" L.4,000.00
- Categoría "C" L.4,000.00

El deducible para el Plan Dental es de Seiscientos Lempiras (600.00) por persona.

DISPOSICIONES VARIAS

A. PRORROGA A PRORRATA TEMPORIS

Cuando las circunstancias lo aconsejen, el Poder Judicial podrá prorrogar la póliza de seguros colectivo de vida medico Hospitalario vigente hasta contemplar tres (3) meses; con pago a Prorrata Temporis y la Compañía Aseguradora estará obligada a aceptarlo, igualmente deberán ser calculados los deducibles del asegurado directo y sus dependientes si fuera el caso, según categoría.



Será condición para que esta situación se materialice, que el Poder Judicial haga la solicitud a la compañía Aseguradora indicada, por lo menos cuarenta y ocho (48) horas antes del vencimiento de la póliza, en igual forma se debe ampliar la garantía de cumplimiento por el tiempo de la prorrata de la prorrata temporis.

A. PRIMAS ANUAL POR DEPENDIENTES ECONOMICOS EN SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO PLAN "A"

Solo Cónyuge	L6,000.00
Hijo(s)	L5,000.00
Cónyuge e Hijos	L10,500.00

B. PRIMA ANUAL PARA MAGISTRADOS(AS) DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS igual para los señores concejales, tanto propietarios como suplentes.

Asegurado Directo	L17,000.00
Solo Cónyuge	L 7,500.00
Hijo(s)	L 7,000.00
Cónyuge e Hijos	L14,500.00

C. RED DE HOSPITALES, FARMACIAS, MEDICOS ESPECIALISTAS Y LABORATORIOS.

Pagando el empleado asegurado el 20% del total de la factura de cualquier monto de los gastos elegibles. Las compañías Aseguradoras deberán indicar el enlace por el cual se harán las coordinaciones para tratamientos, hospitalizaciones, citas, reservaciones, y demás temas relacionados cuando se vaya a realizar tratamientos fuera o dentro de Honduras (ver anexo No. 4). Y si disponen de una red de Proveedores Médicos en el exterior deberán manifestarlo, de igual manera.

D. SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA GRATUITA EN EL PALACIO DE JUSTICIA

La Compañía proporcionará un médico permanente en un solo turno comprendido de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. en el Palacio de Justicia de la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central que brinde asistencia médica a los funcionarios y empleados del Poder Judicial. La Compañía adjudicada deberá proporcionar implementos y logística necesaria para una atención médica primaria. El poder Judicial se compromete únicamente a proporcionar un espacio físico adecuado para tal fin.

El Personal médico puesto a disposición del Poder Judicial estará bajo la coordinación de la Jefatura del Departamento de Beneficios Sociales del Poder Judicial asimismo será el responsable del aspecto técnico-administrativo de todo lo concerniente del sistema "Medico en Empresa" que este Poder del Estado mediante convenio suscribió con el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).



E. SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA GRATUITA CENTROAMERICANA Y MUNDIAL SEGÚN COBERTURA

La asistencia médica gratuita deberá tenerse como mínimo en el territorio nacional, debiendo presentar las Compañías oferentes los enlaces correspondientes, así como indicar cuales son las clínicas de asistencia primaria a la que se puede acudir en las ciudades donde tengan cobertura, este servicio debe estar disponible las 24 horas del día para los asegurados y dependientes debidamente inscritos en la póliza, mediante Call Center, dando cobertura a todos los servicios prestados como ser:

- a. Orientación medica telefónica; 2216-2545
- b. Visita Médica a domicilio
- c. Servicios de Ambulancia
- d. Consulta médica gratuita en consultorios establecidos en Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba

Dirección de las clínicas:

- o En Tegucigalpa: Clínicas Medica Caribe, ubicado en Boulevard Morazán, frente a Mall Dorado, contiguo a la Farmacia Puntopharma Teléfono : 2216-2545
- o En San Pedro Sula: Clínicas Medica Caribe, ubicado en Barrio Suyapa, Zona viva, 10 calle sur oeste, Plaza Belén, Local No. 1 Teléfono : 2216-2545
- o En La Ceiba: Clínicas EPS, Centro comercial el Iman, barrio el Iman, Frente a Medicentro, Tel.2263-1111.

FORMA Y MONEDA DE PAGO

La forma de pago será en moneda nacional (Lempiras). Los pagos se harán en forma trimestral equivalente al 25% cada uno. Al momento del primer pago la Compañía se compromete a entregar los documentos de la Póliza de seguro de conformidad a lo contratado.

PERIODO DE VIGENCIA

El periodo de vigencia de la póliza del seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario tendrá una vigencia de un año, comprendido del 01 de Junio de 2015 al 01 de Junio del 2016 (12:00pm)

CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro queda constituido por la solicitud firmada del Contratante, la presente póliza y los anexos firmados y adheridos, en caso de que los haya.

ACEPTACIÓN DEL CONTRATO

Atendiendo el artículo 729 del código de comercio en caso de estar en desacuerdo con las condiciones en que se emitió la póliza por parte de la Compañía, ustedes cuentan con quince (15) días contados a partir de la fecha en que hubiere recibido la presente póliza para solicitar rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. EL SILENCIO SE ENTENDERÁ COMO CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA O CONTRATO.



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO PARA FUNCIONARIOS Y
EMPLEADOS DEL PODER JUDICIAL A NIVEL NACIONAL
LICITACION PUBLICA NO. 06-2014**

CONDICIONES GENERALES

- 1. COBERTURAS.-** Excepto lo establecido en las exclusiones mas adelante descritas, los gastos médicos cubiertos son los necesarios, razonables y acostumbrados incurridos por:
- a) Cuarto y alimentos durante la reclusión en un hospital, pagaderos hasta el máximo diario establecido en las condiciones especiales de la presente póliza, excluyendo cama de acompañante, uso de teléfono, televisor y fax.
 - b) Gastos especiales de hospital, consistentes en los demás servicios suministrados en el hospital para la atención médica cuando se incurra en gastos por cuarto y alimentos y/o atención en sala de emergencias.
 - c) Atención médica suministrada por un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión.
 - d) Honorarios por procedimientos quirúrgicos, realizados por un médico cirujano legalmente autorizado para ejercer la profesión.
 - e) Aplicación de anestesia y honorarios de anestelistas autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión.
 - f) Honorarios por consultas médicas ambulatorias, en sanatorio u hospital, consultorio o a domicilio cuando fuere necesario, a razón de una por día.
 - g) Honorarios por atención suministrada de servicio privado de enfermera titulada que no sean el cónyuge, hijo, hija, hermano, hermana, padre o madre del asegurado o de su cónyuge y que no vivan en la casa del asegurado.
 - h) Tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento.
 - i) Servicio autorizado de ambulancia profesional terrestre, utilizado para traslado del paciente del lugar donde ocurre el accidente o se contrae la enfermedad al hospital siempre que exista cargo por cuarto y alimentos o uso de sala de emergencia debidamente justificado.

- j) Gastos por sangre o plasma, miembros y ojos artificial, yeso, tablilla, braguero, muletas u otro equipo similar, vendajes quirúrgicos, oxígeno y costo de alquiler de equipo necesario para su aplicación, alquiler de sillas con ruedas o cama especial, pulmón artificial u otro equipo necesario para tratamiento de parálisis respiratoria.
- k) Drogas o medicinas estrictamente recetadas por un médico y que sean adquiridas en establecimientos debidamente autorizados para su expendio (no incluye vitaminas estimulantes del apetito.)
- l) Por servicios relacionados con el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sus complicaciones o cualquier desorden, enfermedad o síntoma relacionados, hasta el 50% del máximo vitalicio.
- m) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean llevados a cabo por un dentista o cirujano dental, legalmente autorizado para ejercer dicha profesión, pero únicamente a consecuencia de un accidente cubierto por el plan, llevados a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes de dicho accidente, incluyendo la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada y el reemplazo de dientes, si éstos eran naturales. Es requisito la presentación de radiografías y la información para comprobar el daño sufrido en el accidente.
- n) Extracción de la tercera molar impactada.
- o) Análisis de laboratorio, rayos x, electroencefalograma, electrocardiograma, tomografía axial computarizada (TAC) u otros indispensables para diagnósticos o tratamiento de enfermedad o accidente.
- p) Tratamientos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales incurridos mientras el asegurado se encuentre hospitalizado o por aplicación de terapia para tratamiento de convulsiones ya sea que se encuentre hospitalizado o no.
- q) Por cirugía plástica sólo en:
 - i. Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente mientras la persona esté asegurada y que el mismo sea realizado dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a dicho accidente.
 - ii. Tratamiento de irregularidades congénitas en un niño que nazca durante la vigencia de la póliza y que el padre o madre estén asegurados con seguro para dependientes.
- r) Tratamientos por condiciones pre-existentes:
Se entiende por condiciones pre-existentes, enfermedades, lesiones, condiciones o síntomas que se hubieren manifestado dentro de los 5 (cinco) años anteriores a la fecha de efectividad de la cobertura para la persona asegurada; que tuvo advertencia médica o consultó a un médico, que recibió tratamiento médico,

servicios o suministros, que se le ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas; aparentes a la vista y las que por sus síntomas o signos inducirían a una persona normalmente prudente a asistir o consultar un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Para que una condición pre-existente sea cubierta normalmente después de transcurrido el periodo de espera deberá:

- i. Haber sido comunicada a la compañía en la solicitud y en la prueba de asegurabilidad.
 - ii. No haber sido excluida de la cobertura mediante un endoso a la póliza.
- s) Inmediatamente para recién nacidos antes o después de salir del hospital esté en un hospital de la red o un hospital privado, incluyendo todos los servicios necesarios para la atención del paciente hasta el máximo anual contratado, a condición que ocurra lo siguiente:
- i. Enfermedades contraídas al momento de nacer
 - ii. Defectos congénitos que requieran cirugía o tratamientos especiales
 - iii. Parto prematuro
 - iv. Cualquier otra condición médica amerite atención antes o después de salir del hospital
- Las cuatro (4) coberturas antes descritas deben extenderse a cubrir a los hijos de las empleadas que conciban siendo solteras.
- t) Cualquier otro tratamiento médico debidamente comprobado y necesario para la recuperación de las condiciones normales de salud previa autorización de la compañía, notificado con setenta y dos (72) horas de anticipación.

2. EXCLUSIONES.- No se hará pago alguno por los siguientes servicios o atención médica:

- a) Aquellos no mencionado en la cláusula 1 (cobertura) y 3 (plan dental) de las condiciones generales de este documento.
- b) Los correspondientes a reconocimientos médicos o exámenes por razón de chequeo general que no sean relacionados con el tratamiento de una enfermedad.
- c) Refracciones de la vista, habilitación de lentes, de audífonos y gastos relacionados con la queratoplastia.
- d) Por tratamientos dentales, excepto lo estipulado en la cláusula 1 (cobertura) y 3 (plan dental) de las condiciones generales de este documento.
- e) Por tratamientos de problemas de la mandíbula incluyendo el síndrome temporo-mandibular, cráneo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con

la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.

- f) Lesiones causadas así mismo mientras el asegurado esté en uso o no de sus facultades mentales.
- g) Tratamiento asesoramiento y lesiones o enfermedades por el uso de alcohol y/o drogas.
- h) Lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra (sea ésta declarada o no) insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no.
- i) Por cirugía plástica cosmética excepto en las condiciones previstas en la sección (q) cláusula 1 (cobertura) de las condiciones generales de este documento.
- j) Tratamiento por control de peso, de la obesidad y calvicie.
- k) Tratamiento homeopáticos (naturistas).
- l) Por tratamientos psiquiátricos de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales recibidos ambulatoriamente.
- m) Los servicios médicos suministrados:
 - 1. En un Hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno o por el I.H.S.S. y
 - 2. Por cualquier otro servicio de asistencia médica por los que el asegurado no tiene que pagar.
- n) Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
- o) Por tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales que sean originados por enfermedad o un accidente no ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- p) Tratamientos o servicios médico quirúrgicos recibidos por esterilidad (incapacidad para concebir por medios naturales), recanalización de trompas, endometriosis, fecundación in vitro, y cualquier otro procedimiento de índole semejante.
- q) Cuidados o tratamientos de defectos congénitos o condiciones congénitas anormales, excepto para los niños nacidos durante la vigencia de esta póliza y que el padre y/o la madre gocen de la cobertura para dependientes.
- r) Pruebas de diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje.

- s) Reversión de una esterilización.
- t) Gastos efectuados por el propio asegurado que no tengan relación con la enfermedad o accidente reclamados.
- u) Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona asegurada o por cualquier otra que conviva con el asegurado.
- v) Lesiones corporales accidentales sufridas mientras la persona se encuentre realizando actividades de aviación privada.
- w) Gastos incurridos por tratamientos hechos antes de la fecha efectiva de esta póliza o gastos incurridos por tratamientos realizados después de la fecha de terminación de la póliza, como resultado de accidentes o enfermedades ocurridas mientras la póliza se encontraba en vigor.
- x) Fármacos o medicamentos que no hayan sido debidamente aprobados por la Asociación de Alimentos y Drogas -FDA- (Food and Drugs Association) para su uso.
- y) Cobertura ocupacional para los dependientes.
- z) Gastos por accidentes originados por la práctica de deportes extremos.
- aa) Tratamientos de remplazo hormonal por menopausia andropausia o planificación Familiar
- bb) Cualquier gasto de un procedimiento considerado como Experimental o Investigativo, cuando no esté oficialmente reconocido o aceptado en la práctica médica.
- cc) Gastos por vacunas preventivas (excepto las vacunas contempladas en el cuadro básico) o exámenes de rutina, incurridos por individuos mayores de 7 años de edad.
- dd) Cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual
- ee) Cualquier tratamiento o intervención quirúrgica para transformación sexual.
- ff) No serán elegibles los gastos presentados por trastornos o enfermedades hormonales de ningún tipo.

3. PLAN DENTAL.-

a. Límites de la Cobertura:

- i. Límite máximo anual por persona L30,000.00 después de coaseguro
- ii. Límite máximo anual por grupo familiar L30,000.00 después de coaseguro

iii. Deducible por año calendario L600.00

b. Valores Máximos a Rembolsar:

- | | |
|--|-------------------|
| i. Fase I Tratamiento preventivos después de coaseguro | 80% de L30,000.00 |
| ii. Fase II Tratamientos restaurativos menores después de coaseguro | 80% de L30,000.00 |
| iii. Fase III Tratamiento restaurativos mayores después de coaseguro | 80% de L30,000.00 |

c. Presentación de Reclamos:

Para la presentación de los reclamos de gastos incurridos por tratamientos dentales concluidos, el asegurado deberá presentar las radiografías tomadas por el médico tratante antes y después del tratamiento.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la evaluación por sus médicos filtros, del trabajo efectuado al asegurado.

d. Definiciones Aplicables en Plan Dental: Excepto lo establecido en las exclusiones más adelante descritas, los cargos por gastos dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministrados o tratamientos siguientes:

FASE I TRATAMIENTOS PREVENTIVOS.

1. Exámenes orales: rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo individuo asegurado durante cualquier año calendario.
2. Profilaxis que incluye la limpieza, raspado de dientes y pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier año calendario con respecto al mismo individuo asegurado.
3. Aplicaciones de fluoruro limitado a los niños de 14 años de edad o menores.
4. Rayos X, de toda la dentadura, pero no más de una serie de Rayos X en un periodo de tres años, y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes pero no más de dos veces por año calendario.
5. Pruebas de laboratorios y otros exámenes para diagnóstico.

FASE II TRATAMIENTO RESTAURATIVO.

Como tratamiento restaurativo se entiende lo siguiente:

1. Sostenedores de espacio.
2. Tratamiento paliativos de emergencia.
3. Extracciones simples rutinarias y quirúrgicas.
4. Cirugía oral
5. Alveolotomía
6. Anestesia necesaria para los tratamientos

7. Inyecciones Terapéuticas
8. Restauración: Relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - Corona o calza posterior o anterior, e
 - Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
9. Tratamiento de Endodoncia
10. Obturaciones con resina
11. Carillas con resina
12. Periodontología
 - El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada individuo asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso del máximo de periodontología indicado en el cuadro de seguro, y
 - El monto de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos incurridos durante cualquier año calendario, no excederán en ningún caso el máximo del año calendario indicado en el cuadro de seguro.

FASE III SERVICIOS RESTAURATIVOS MAYORES.

1. Incrustaciones
2. Calzas
3. Coronas
4. Reparación de dentadura, y puentes
5. Prótesis, incluyendo puentes y dentaduras necesarias.

Lineamientos Aplicables:

- a. La instalación o adición a trabajo de dentadura completas o parciales o puente fijo serán elegibles siempre que:
 - i. Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del individuo asegurado bajo esta póliza.
 - ii. La instalación o adición arriba mencionada incluye la reposición de dicho diente extraído; y
 - iii. El trabajo de dicha dentadura o puente será completada dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.

El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, solo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existente.

- b. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se consideran pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o



después de la fecha efectiva del seguro del individuo asegurado bajo esta póliza y si es completado dentro de los doce meses después de:

- i. Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - ii. Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejidos redundantes.
- c. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
- i. El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - ii. Cualquier reemplazo no se efectuara en ningún caso si el seguro del individuo asegurado bajo esta póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.
- e. **Exclusiones del Plan Dental:** No se hará pago alguno por los siguientes cargos para gastos dentales:
1. Aquellos servicios no cobrados al individuo asegurado o cualquier gasto por servicios o suministros que son o pueden ser obtenidos sin costo, conforme las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, excepto en el caso en que exista un cargo por el cual el individuo asegurado está legalmente obligado a pagar. (Gobierno se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o provisional, o cualquier subdivisión política).
 2. Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o medico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato y asociación para beneficio del empleado, administrador y organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratado para o por cualquier organización de esa índole.
 3. Aquellos cargos por cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al individuo asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarado o no.
 4. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del individuo asegurado bajo esta póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Beneficios" de esta póliza.
 5. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.

6. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
 7. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdidas, robo o por una prótesis duplicada.
 8. Aquellos cargos por higiene oral, dietética o programa e instrucciones de control de placas.
 9. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
 10. Aquellos cargos por protectores bucales atléticos.
 11. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónicas sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílicos o pónicas.
 12. Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
 13. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visitas, a la cual el paciente no acudió.
 14. Aquellos cargos por implantología.
 15. Aquellos cargos por drogas o medicinas excepto antibióticos inyectables administradas por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
 16. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
4. **RED DE HOSPITALES.-** En casos de emergencias y hospitalizaciones programadas, ponemos a disposición de los asegurados nuestra Red de Hospitales¹. El asegurado con la presentación del carné que le será proveído por esta Compañía, un documento de identificación con fotografía más la autorización de La Compañía si el procedimiento es programado, recibirá los servicios médicos hospitalarios pagando únicamente el 20% de Coaseguro y el 100% de los gastos no cubiertos.

¹ Ver Anexo No. 1 y 4



Los gastos elegibles incurridos en otros Hospitales, Clínicas, Centros de Diagnósticos, Laboratorios y otros servicios médicos que no están en la Red, serán reembolsados en base a lo Necesario, Razonable y Acostumbrado y como máximo los valores establecidos en los aranceles aplicados en los Hospitales y Clínicas de la red.

Se reconocerán los honorarios médicos en base a lo razonable y acostumbrado establecido en la tabla de la **RED HONDUREÑA DE SERVICIOS DE LA SALUD (REDHSA)**, la cual es de amplia aceptación entre el gremio medico hondureño y cuya utilización es de aplicación generalizada entre las compañías de seguros que operan en el País.

5. **RED DE FARMACIAS²**.- Mediante la cual el asegurado pueda recibir el despacho de sus medicamentos debidamente recetados por médicos autorizados, así:
- Presentando el carnet de Seguro Medico, su receta original con el Diagnóstico y Sello Médico en el reverso, así como dosis, nombre del paciente, firma y sello del medico tratante en la parte frontal.
 - Pagando únicamente el 20% del total de la factura y el restante 80% que la Farmacia se lo cobre a la compañía.
 - Sujetos los dos puntos anteriores a las condiciones de medicinas elegibles para cobertura de acuerdo a la póliza.

La compañía emite la presente póliza en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, a los 01 días de junio de 2015.

Firma Autorizada

Firma Autorizada

² Ver Anexo No. 2 y 3